



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde**



**5º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Especialização em Gestão de Unidades de Saúde**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO FINAL**

**Orientador**

Professora Graça Gama Pereira

**Coorientador:**

Mestre Pedro Carrapato

**CONSULTA DE ENFERMAGEM AO DOENTE**  
**INSUFICIENTE RENAL CRÓNICO EM PRÉ-DIÁLISE**

**Autora:**

Deolinda Grazina

**Junho**

**2018**

Instituto Politécnico de Portalegre  
Escola Superior de Saúde

**5º Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Especialização em Gestão de Unidades de Saúde**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO FINAL**

**Orientador**

Professora Graça Gama Pereira

**Coorientador:**

Mestre Pedro Carrapato

**CONSULTA DE ENFERMAGEM AO DOENTE INSUFICIENTE RENAL CRÓNICO EM  
PRÉ-DIÁLISE**

**Autora:**

Deolinda Grazina

**Junho**  
**2018**

“Pedras no meu caminho ... Guardo-as todas.  
Um dia... construirei um castelo”

Fernando Pessoa

## **AGRADECIMENTOS**

Finda esta etapa, não posso deixar de agradecer a todos os que me ajudaram e foram mais esquecidos:

- À Professora Graça Gama Pereira pela ajuda e orientação, e por suportar os meus atrasos.
- Ao Enfermeiro Pedro Carrapato por me guiar e organizar as minhas ideias.
- À Enfermeira Elisa Brissos, orientadora do estágio e Chefe do serviço, que permitiu que fosse possível que o projeto fosse implementado, nem que isso tenha significado assumir um posto de trabalho para que eu ficasse livre para a consulta; pelas opiniões na construção deste relatório, sempre tão úteis.
- Ao Rui e ao Vitor pela colaboração;
- À minha amiga Isabel, parceira neste caminho, por vezes doloroso, tantas vezes orientadora, outras tantas necessitada de um rumo.
- À minha família e amigos por perceberem as minhas ausências.

A todos MUITO OBRIGADA

## RESUMO

Este relatório pretende descrever as atividades realizadas no estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Gestão de Unidades de Saúde. Durante o referido estágio foi desenvolvido um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Foi implementada a Consulta de enfermagem aos doentes Insuficientes Renais Crónicos (IRC) em pré-diálise da consulta externa de nefrologia do Hospital do Espírito Santo de Évora [HESE]. No período de desenvolvimento no projeto foram atendidos 54 doentes, realizados ensinamentos sobre a Diabetes Mellitus, a hipertensão, os estilos de vida adaptados ao IRC e esclarecimentos sobre as terapêuticas de substituição da função renal (TSFR).

Da análise das intervenções destaco que houve grande receptividade, o número de diabéticos e hipertensos é sobreponível aos dados nacionais e um número considerável de diabéticos encontram-se controlados devido à intervenção dos cuidados de saúde primários.

Uma intervenção preponderante é o esclarecimento progressivo das TSFR, de forma a que a pessoa possa interiorizar os conhecimentos e tomar uma decisão esclarecida.

O estágio em apreço contribui para o desenvolvimento de competências na área da gestão, sobretudo a respeito da qualidade dos cuidados.

As intervenções de ensino e esclarecimento ao IRC podem contribuir para melhorar a sua qualidade de vida, e prolongar o período pré-diálise. Desta forma, facilmente concluímos que podem trazer ganhos em saúde.

**Palavras-Chave** – Consulta de enfermagem, Conhecimentos, IRC, Competências

## **ABSTRACT**

The current report intends to describe the activities realized in the final internship of Nursing Master specialization in Management of Health Care Facilities. The project of continuous improvement which wants to provide more efficient nurse care was developed during the internship. It was implemented a nursing appointment at Chronic Kidney Disease (CKD) nephrology outpatients of Espírito Santo de Évora [HESE], Hospital. During the development of the project were consulted 54 patients and it was taught teachings about diabetes mellitus, hypertension, lifestyles adapted to CKD patients and they were informed about substitution therapeutic of renal function (STRF).

The analyses highlights are the good reception and the number of diabetic and hypertensive patients are overlap to national data. This analysis allowed me to mention that a large number of diabetic patients are well controlled because of the intervention in the primary health care.

A determinant intervention is the progressive clarification of STRF which allows patients to interiorize all the knowledge and take a informed decision.

The current internship contributes for the development of skills in management area mainly about care quality.

The interventions of teaching and explanations to CKD may contributes for the improvement of their life quality and extend the period before dialysis. However it is possible to conclude that these teachings may contribute to health gains.

Key words – Nursing appointment, Knowledge, CKD, Skills

## **SIGLAS**

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

CETSFR – Consulta de esclarecimento das terapêuticas de substituição da função renal

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

DP – Diálise peritoneal

DRC – Doença renal crónica

EDTNA / ERCA - European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association

ERBP - European Renal Best Practice

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

GSES – Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

HESE – Hospital do Espírito Santo Évora

HgA1c – Hemoglobina glicada

HTA – Hipertensão arterial

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

IRC – Insuficiente renal crónico

KDOQI - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

MS - Ministério da Saúde

MSF - Ministério da Saúde e das Finanças

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

TFG – Taxa de filtração glomerular

TSFR - Terapêuticas de substituição da função renal

## Índice

	Fl.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	13
1.1 – INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA E TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL .....	14
1.2 – CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	17
1.3 – QUALIDADE EM SAÚDE .....	22
<b>2 - DESENVOLVIMENTO DO PROJETO</b> .....	26
2.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO .....	26
2.2 - METODOLOGIA .....	28
2.3 - ASPETOS ÉTICOS .....	29
2.4 -ESTRATÉGIAS .....	29
2.5 – RECURSOS .....	30
2.6 – OBJETIVOS E ATIVIDADES REALIZADAS .....	31
2.7 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES .....	32
2.8 – ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES .....	34
2.9 – AVALIAÇÃO DO PROJETO .....	36
<b>2.9.1 – Sugestões e perspetivas futuras</b> .....	38
<b>3 - ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b> .....	39
<b>CONCLUSÃO</b> .....	44
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	45



<b>APÊNDICES .....</b>	<b>52</b>
Apêndice I – <b>Alimentação na DRC .....</b>	<b>53</b>
Apêndice II – <b>Alimentação na DM .....</b>	<b>56</b>
Apêndice III – <b>Cartão de registo de tensão arterial .....</b>	<b>58</b>
Apêndice IV – <b>Cartão de registo de glicémias capilares .....</b>	<b>60</b>
Apêndice V – <b>Cartão de contactos do serviço .....</b>	<b>62</b>
Apêndice VI – <b>Cartão do Insuficiente Renal Crónico .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>66</b>
Anexo I – <b>Parecer do conselho de administração e da comissão de ética do HESE .....</b>	<b>67</b>
Anexo II - <b>Parecer da comissão de ética do IPP .....</b>	<b>70</b>
Anexo III – <b>Diapositivos da ação de formação em serviço .....</b>	<b>72</b>
Anexo IV – <b>Resultado global da avaliação da ação de formação .....</b>	<b>80</b>
Anexo V – <b>Folhetos dos ensinios .....</b>	<b>82</b>
Anexo VI – <b>Parecer da enfermeira chefe sobre o projeto .....</b>	<b>88</b>

## Índice de quadros

	Fl.
Quadro 1: Cronograma de atividades .....	33
Quadro 2: Distribuição geográfica, por concelho, dos doentes que recorreram à consulta de enfermagem.....	34

## Índice de figuras

	Fl.
Figura 1 – Fluxograma da abordagem dos alvos da HgA1c em doentes com DRC estadio 3.....	15

## INTRODUÇÃO

Do âmbito do 5º Curso de Mestrado de Enfermagem – Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde de Portalegre [ESSP], do Instituto Politécnico de Portalegre [IPP], surge este relatório referente ao estágio final, realizado no serviço de nefrologia do HESE sob orientação da Enfermeira Elisa Brissos. No sentido de dar resposta ao enquadramento programático do curso e, especificamente do estágio, foi implementado o projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem com o tema: Consulta de Enfermagem ao Doente IRC em Pré-diálise, com a orientação pedagógica da Professora Graça Gama Pereira e coorientação do Mestre Pedro Carrapato.

É consenso geral que o nosso país, à semelhança do resto do mundo, está a passar por uma rápida transição demográfica, caracterizando-se por um aumento progressivo e acentuado da população adulta e idosa, consequência da baixa natalidade, redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida. Estes aspetos, associados às alterações dos hábitos alimentares, sedentarismo, e consumo de álcool e tabaco têm conduzido à alteração do padrão epidemiológico, substituindo na atualidade as doenças infetocontagiosas pelas doenças crónicas. São tendências pesadas com fortes implicações estruturais, mas uma das principais consequências desta transformação dá-se a nível do setor da saúde. A ocorrência de Doença Renal Crónica (DRC) encontra-se frequentemente associada à Diabetes Mellitus (DM) e à hipertensão arterial (HTA), levantando uma questão relevante de saúde pública (Roso *et al.*, 2013).

A DRC é uma síndrome irreversível e progressiva das funções renais: glomerular, tubular e endócrina. As intervenções apropriadas nos estadios iniciais podem atrasar a sua progressão e minimizar as consequências dos seus efeitos (Gricio, Kusumota & Cândido, 2009).

A Doença Renal Crónica compreende um importante grupo de pessoas que necessitam de cuidados que podem ser determinantes em termos de custos para o Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente quando necessitam de TSFR (Levey *et al*, 2017). Se conseguirmos de alguma forma atrasar o início da substituição da função renal, estaremos a contribuir para uma melhor utilização dos nossos recursos. Neste contexto, a intervenção adequada na fase pré-diálise pode ser fundamental para a melhoria da qualidade de vida destes doentes e talvez protelar o início de TSFR (Gricio *et al*, 2009).

De forma a fundamentar o problema, recorri ao método de pesquisa bibliográfica, para conseguir recolher informação sobre a real importância da consulta de enfermagem ao doente insuficiente renal crónico em pré-diálise.

Defini como objetivo geral:

- ✱ Implementar a consulta de enfermagem aos doentes IRC em pré-diálise da consulta externa do Serviço de Nefrologia do HESE.

O relatório agora apresentado enquadra-se nas minhas competências enquanto Enfermeira Especialista e nas orientações presentes no Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, emanados pela Ordem dos Enfermeiros [OE], nomeadamente no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A Organização Mundial de Saúde [OMS] define Educação para a Saúde como um processo interdisciplinar, dinâmico e multidisciplinar influenciado por fatores externos que compõem a pessoa no seu ambiente social, tendendo a alcançar o mais alto nível de saúde, pela adoção de estilos de vida saudáveis. Apesar disto, é ainda um ramo dos sistemas de saúde com baixo investimento. Um programa de educação para a saúde é benéfico para o IRC em pré-diálise no alcance do seu autocuidado, levando a uma melhor aceitação da doença, melhor adaptação biopsicossocial, melhor adesão ao tratamento, melhores conhecimentos para decidir a TSFR, e logo, melhor prognóstico na evolução da sua doença (León, 2014).

As partes que compõem este relatório são a descrição do desenvolvimento do projeto, a reflexão e análise das competências adquiridas no sentido da melhoria da minha prática, e naturalmente, para começar, o enquadramento teórico que sustenta a sua execução.

## 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Desde sempre que a Enfermagem procura evoluir, nas últimas décadas na construção de um corpo de conhecimentos próprios para a prática e para a profissão. Também o desenvolvimento tecnológico e científico têm determinado a busca de novos saberes. A formação é a base de toda esta evolução. Mão-de-Ferro (1999: 285) define este tipo de formação como a “capacitação dos adultos, dentro de uma perspectiva de mudança de forma a permitir a realização e o desenvolvimento dos indivíduos e das respetivas potencialidades garantindo um papel ativo no desenvolvimento socioeconómico e cultural.” O que é esperado dos profissionais de saúde em geral, é o exercício da sua profissão de acordo com a melhor evidência disponível. Para o grupo profissional dos enfermeiros em concreto, a expectativa é idêntica, o que exige por parte destes, um investimento na formação e constante atualização.

A melhoria da qualidade de vida e os meios para controlar a morbilidade da população em geral, continua a ser um dos temas da pesquisa internacional. Este aspeto é mais evidente nas últimas décadas, pelo aumento da esperança média de vida que tem sido constatado, e consequentemente do envelhecimento da população (Roso *et al*, 2013). Fruto deste envelhecimento, surge a evidência de uma alteração do fenómeno de transição epidemiológica, em que se observa a substituição das doenças infetocontagiosas pelas doenças crónicas não transmissíveis. Como exemplo dessas doenças, a hipertensão arterial, a Diabetes Mellitus e a insuficiência cardíaca, qualquer uma delas, com potencial para desenvolver doença renal. As doenças crónicas referidas, associadas a alterações anatómicas e fisiológicas dos rins, decorrentes do envelhecimento normal dos indivíduos, aumentam o potencial de desenvolvimento de DRC, com ou sem necessidade TSFR (Llach & Valderrábano, 1997).

Os rins são órgãos fundamentais para a vida humana por possuírem várias funções primordiais para o funcionamento do organismo, tais como, manter o equilíbrio hidro-eletrolítico (sódio, potássio, cálcio, magnésio, fósforo, bicarbonato, entre outros), regular o equilíbrio ácido-básico, regular a osmolaridade e volume de líquido corporal, produzir hormonas (eritropoietina, que estimula a produção de eritrócitos e prostaglandinas), modificar a forma da vitamina D depois de ser convertida pelo fígado, além de produzir urina e excretar substâncias tóxicas (entre as quais a ureia e a creatinina) (Thomas, 2002).

## 1.1 - INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA E TÉCNICAS DE SUBSTITUIÇÃO DA FUNÇÃO RENAL

A DRC é uma doença lenta e silenciosa, não apresentado sintomas abruptos, o que pode levar a que o doente recorra aos serviços de saúde apenas numa fase muito avançada da doença. Quando detetada nos estadios iniciais, a doença pode ser controlada durante anos, e até décadas, evitando TSFR (Roso *et al*, 2013). O desenvolvimento da DRC, acrescido da mortalidade e comorbilidades, é reconhecido como um importante problema de saúde pública em todo o mundo e proporciona um peso considerável nos sistemas de saúde (Sohel *et al*, 2016).

De acordo com a Daugirdes *at al* (2007), a DRC estabelece-se quando se evidencia um dano renal durante um período superior a 3 meses, classificando-se o estadio da doença através do nível da função renal.

Em 2002 a Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) emitiu uma orientação que define a avaliação, classificação e estratificação para definir 5 estadios de DRC baseados na taxa de filtração glomerular (TFG), sendo o estadio 5 a altura em que o doente inicia TSFR.

A diminuição da TFG está associada a alterações multiorgânicas, sobretudo cardiovasculares como a hipertensão arterial. A esta patologia é reconhecida uma característica peculiar, para além de ser considerada um dos antecedentes da DRC, é também conhecida como uma consequência da mesma doença. A diminuição da TFG favorece progressivamente o aparecimento de sintomas / doenças, como por exemplo HTA, anemia, desnutrição, osteodistrofia renal, e agravamento do estado geral. A diminuição da TFG, ainda que progressiva está associada “a um conjunto extenso e complexo de alterações fisiológicas que resultam em um grande número de complicações e comorbidades” (Bastos, Bregman & Kirsztajn, 2004: 206).

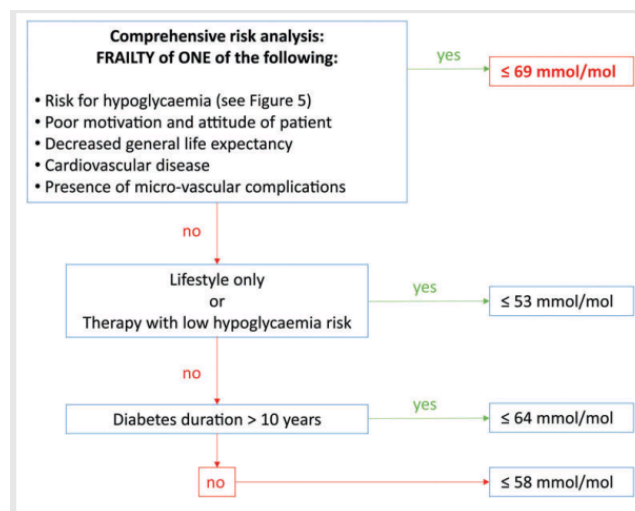
A alteração de estilos de vida é recomendada por poder reduzir a ocorrência de comorbilidades associadas a incidentes cardiovasculares, ao controlo da diabetes e da hipertensão. Neste sentido, é então imperativo a redução de peso e da ingestão de bebidas alcoólicas, a realização de atividade física regular, a cessação tabágica e o controlo nutricional, nomeadamente a diminuição da ingestão de sal. Esta alteração de comportamentos pode ter impacto positivo na evolução da DRC. Pelo exposto, a eficácia das intervenções na fase pré-diálise pode determinar a forma (em termos de tempo e gravidade) como a DRC evolui (Gricio *et al*, 2009; Roso *et al*, 2013). São exemplos de intervenções que podem determinar a evolução da DRC:

- Controlo da tensão arterial;

- Diminuição a proteinúria;
- Controlo da diabetes;
- Sessão de hábitos tabágicos;
- Controlo do excesso de peso;
- Restrição de ingestão proteica;
- Controlo da dislipidemia, da anemia, da acidose metabólica, da desnutrição e da doença cardiovascular.

A DM e a HTA, são as patologias associadas que maior número de doentes IRC têm associadas. O controlo dos valores de glicémia e tensão arterial contribuem para o atraso na evolução da IRC (Bilo, 2016; Bortolotto, 2008). De acordo com a European Renal Best Practice (ERBP) os marcadores de glicémia mais adequados são a HgA1c, que deve manter valores de referência até 68mmol/mol (figura 1), e a monitorização de glicémia capilar, sendo estes valores alvo, em regra, sobreponíveis aos da população em geral (2016).

Figura 1 – Fluxograma da abordagem dos alvos da HgA1c em doentes com DRC estadio 3



Fonte - Bilo, Henk et al. (2015). Clinical Practice Guideline on management of patients with diabetes and chronic kidney disease stage 3b or higher (eGFR <45 mL/min). Nephrology Dialysis Transplantation

Existe diversa literatura desenvolvida sobre os valores considerados normais para as patologias associadas à DRC, nomeadamente a HTA. Assim, na implementação deste projeto, foram considerados como normais valores abaixo de 130/80mmHg. Na fase mais precoce da DRC, nos estádios do 1 ao 4 “os objetivos principais da diminuição da pressão arterial são



lenticular a progressão da insuficiência renal e também reduzir a morbilidade e mortalidade cardiovasculares” (Bortolotto, 2008: 154).

Em setembro de 2011 a Direção Geral de Saúde [DGS] emitiu uma norma que regulamenta a Consulta de esclarecimento das terapêuticas de substituição da função renal (CETSFR) com o objetivo de fomentar uma escolha esclarecida, por parte do doente, do tratamento que mais se adapta a si e à sua vida, e estes são a Hemodiálise; Diálise peritoneal; Tratamento conservador; e Transplante renal.

A hemodiálise define-se por um processo físico pelo qual a composição de um soluto A é alterada pela sua exposição a um soluto B, estando as soluções separadas por uma membrana semipermeável. É uma técnica que permite remover solutos e água do sangue, através de uma membrana semipermeável, pela sua exposição ao líquido dialisante. Depende de princípios físicos como a difusão, ultrafiltração e convecção, e também da existência de um acesso vascular, que pode ser periférico ou central (Llach & Valderrábano, 1997).

Os acessos periféricos classificam-se em fístula e enxerto arteriovenosos. A fístula resulta da criação cirúrgica de uma anastomose entre uma veia e uma artéria, sendo a veia cefálica e a artéria radial os vasos habitualmente escolhidos. Antes de ser puncionado este acesso precisa de uma maturação de 2 a 4 meses. Se o património vascular do doente não permitir a criação de uma fístula arteriovenosa, pode optar-se pela implantação de um enxerto. A maioria dos enxertos são criados recorrendo a materiais sintéticos (Ex: Politetrafluoroetileno), que requerem um menor período de maturação (Llach & Valderrábano, 1997).

O acesso vascular central define-se pela punção de um grande vaso, como a veia jugular ou a subclávia, seguida de implantação de um cateter de hemodiálise. Recorre-se à implantação de cateter para repouso do acesso periférico, por falência do património vascular periférico do doente, enquanto decorre a necessária maturação de um acesso vascular periférico e ainda em situações em que é emergente iniciar hemodiálise (Llach & Valderrábano, 1997).

Importa ainda referir que para a realização de uma sessão de hemodiálise é necessário recorrer a um circuito extracorporal, um monitor de hemodiálise e terapêutica anticoagulante.

A Diálise Peritoneal (DP) define-se como uma forma de substituição da função renal que permite a transferência de água e moléculas do sangue para a solução de diálise, através da membrana peritoneal do doente. É uma terapêutica adaptada ao doente, de acordo com as suas condições gerais, de saúde e de vida. É realizada no domicílio, pelo doente, que introduz a solução de diálise na cavidade peritoneal, através de um cateter, e drena mais tarde, de acordo com a prescrição. Podem ser necessárias entre 3 e 5 trocas diárias. Esta terapêutica permite uma maior flexibilidade e liberdade do doente na realização das suas atividades de vida diárias. No

entanto, pressupõe a autonomia e responsabilização do doente pelo seu tratamento. O programa compreende um período de ensino da técnica, adaptado à pessoa, que deverá ser acompanhado por um familiar próximo, ou cuidador. Neste período, pretende-se, não só capacitar o indivíduo para a realização da técnica, como consciencializá-lo de todos os riscos e intercorrências que possam acontecer. O acompanhamento posterior do doente formaliza-se com consultas mensais, médicas e de enfermagem, no centro de referência, e com visitas domiciliárias de enfermagem bianuais (Llach & Valderrábano, 1997).

O Tratamento Médico Conservador formalizou-se recentemente, por orientação da DGS em 2011, é centrado no estado geral do doente, ou é definido por opção do mesmo. Consiste no alívio da sintomatologia de forma a garantir a melhor qualidade de vida possível. É garantido o acompanhamento médico em consulta no sentido de ajustar a terapêutica de forma a manter o melhor estado geral possível (Direção Geral de Saúde [DGS], 2011).

Os primeiros transplantes renais foram realizados na década de 50 do século passado, e podemos verificar um enorme progresso desde então, devido à evolução dos medicamentos imunossupressores, das técnicas cirúrgicas e do estudo de compatibilidade de tecidos. Estima-se que a qualidade de vida do doente transplantado seja melhor, não só nos aspetos físicos como sociais. O Transplante Renal seria o tratamento de primeira linha para a DRC. Apesar de todos os benefícios, esta terapêutica está condicionada pelo pequeno número de dadores existentes, e o elevado número de recetores (Llach & Valderrábano, 1997).

## 1.2 – CONSULTA DE ENFERMAGEM

O modo como o doente perceciona a sua doença reveste-se de singularidade, na medida em que só o próprio a experiencia. A pessoa que efetiva o seu autocuidado está ciente de si próprio, da sua condição funcional e da sua necessidade de cuidados. Deseja adquirir mais conhecimentos, que procura e valoriza, exprime opiniões e toma decisões, envolve-se nos meios para atingir os seus objetivos (Silva, 2014).

A construção de um projeto terapêutico passa por uma observação atenta e um conhecimento das necessidades e expectativas do doente, salvaguardando a sua individualidade cultural, social, psicológica, espiritual e biológica.

A educação para a saúde é uma intervenção complexa e contínua, não pode estar apenas direcionada para o fornecimento de informação e para a mudança de comportamentos. Deve respeitar o direito à diferença e às escolhas individuais, a cultura, contexto social, familiar e

profissional, as formas de comunicar, crenças e expectativas, e desta forma permitir a interação dos saberes e representações individuais, tornando a pessoa autónoma, dando à formação uma vertente reflexiva, partilhada e não diretiva ou imposta (Silva, 2012).

O doente alvo de cuidados tem o direito de ser informado para poder fazer escolhas livres para a sua vida. Respeitar o doente como cidadão é observar a sua situação dentro das suas relações sociais, com direitos e deveres nos âmbitos público, social e privado, desta forma, só ele pode ser defensor dos seus interesses específicos próprios. A capacitação do doente para o autocuidado, é uma intervenção intimamente relacionada com a sua individualidade e com o meio onde está inserido, no entanto as formas de reconhecer e satisfazer as necessidades não são inatas, são aprendidas de acordo com as crenças, os hábitos e a cultura do grupo a que a pessoa pertence (Orem, 1993, citada por Silva, 2014).

O empoderamento é um processo contínuo no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, seguros que essas ações são tomadas para as próprias pessoas prepararem e, mais largamente ganharem controlo nas suas vidas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002).

É aqui que a Enfermagem, devido ao seu mandato social e à sua natureza específica, pode, no contexto da equipa de saúde, constituir um recurso mais efetivo do sistema para responder progressivamente de forma mais eficaz às necessidades de saúde das populações (Paiva e Silva, 2007).

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, é pertinente salientar aqui o Artigo 84º - “Dever de Informar”:

“no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira como os obter” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015: 71).

De acordo com a Portaria nº 306 – A/2011, de 20 de Dezembro, do Ministério da Saúde e das Finanças, artigo 2º, alínea g), Consulta de Enfermagem “é uma intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no

sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (Ministério da Saúde e das Finanças [MSF], 2011: 5348-2). É de inestimável valor para o reconhecimento da enfermagem enquanto ciência. Ela reproduz a cientificidade da profissão, sustenta a tomada de decisão, prevê e avalia os resultados das intervenções (Dantas, Santos & Tourinho, 2016).

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, cujo objetivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o profissional deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade.

Na prossecução da consulta de enfermagem são necessárias, não só as habilidades técnicas, como as habilidades interpessoais. Da mesma forma, “...as tecnologias não são um fim e, sim, um meio para o enfermeiro prestar um cuidado humanizado, que garanta melhoria da qualidade de vida do sujeito” (Dantas *et al*, 2016: 3).

A consulta de enfermagem é um processo de interação entre o enfermeiro e o doente, na procura da promoção da saúde, da prevenção da doença e na limitação de complicações. Esta interação acontece pelo desenvolvimento das capacidades de comunicação, num exercício de escuta e estabelecimento de diálogo (Machado, Leitão & Holanda, 2005). É ainda uma estratégia eficaz para a deteção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais se dirigem ao bem-estar das pessoas. Viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o acolhimento ao doente, facilitando a identificação de problemas e as decisões a serem tomadas. A consulta de enfermagem proporciona adequar a abordagem às características próprias de cada doente (Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, & Lima, 2012).

No período pré-diálise, a qualidade de vida do doente com DRC depende dos conhecimentos que detém sobre a sua doença e da sua adaptação à mesma (Vilaplana, Piñol, Ponsa & Moncasi, 2007).

A literatura descreve que mais de metade dos doentes IRC em pré-diálise apresentam um défice de conhecimentos sobre a doença e as TSFR, motivo que pode condicionar a adesão ao tratamento e, consequentemente, acelerar a progressão da doença. Desta forma, a abordagem a adotar deve ser personalizada e adaptada à fase da sua doença, devendo ter-se em conta fatores como: os resultados esperados pelo doente, o diagnóstico, a evidência científica sobre o assunto e a capacidade do profissional (Vilaplana *et al*, 2007; Gricio *et al*, 2009).

O enfermeiro não pode impor a sua própria realidade aos outros, sendo necessária uma abordagem que favoreça o respeito pelo pensamento e atitude do outro. A relação com o doente não pode ser superficial, pelo contrário deve acolher as informações do outro no sentido de

compreender a sua história de vida. Nesta relação algumas características são indispensáveis, tais como a comunicação verbal e não-verbal. O uso de linguagem verbal detém três características: procede de alguém, é dirigida a alguém e procura persuadir (Machado *et al*, 2005).

Dantas *et al* (2016), concebe a consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado uma vez que permite que as ações do enfermeiro, sistematizadas e científicas, baseadas na sua experiência, conceitos, intuição, formas próprias de ver e descrever a prática, se revejam no cuidado, proporcionando segurança, conforto e bem-estar.

Nesta conceção, o enfermeiro potencia a promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde e contribui para uma morte digna do indivíduo. Esta dinâmica depende do tipo de tecnologia utilizada pelo enfermeiro. Pode então concluir-se que as tecnologias preservam a vida, e, ao mesmo tempo, libertam o homem de determinadas funções que podem subjugar-lo (Silva *et al*, 2012).

Destas reflexões depreende-se a necessidade de preparar enfermeiros capazes não só de executar técnicas, mas que sejam críticos. Dotados de competências e conhecimentos, autónomos, com capacidade de resolver problemas, mas sobretudo, comprometidos com a ética e a transformação da realidade (Dantas *et al*, 2016).

Para Otero, Monros & Paz (2008) a consulta de enfermagem pode entender-se em duas vertentes, por um lado a prevenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo no seu todo, com a participação do interessado, no sentido do autocuidado dentro de uma abordagem multidisciplinar. Por outro lado, permite responder aos problemas do doente e família no âmbito das suas competências.

O diálogo vai além de um ato técnico e automatizado. Para isso o enfermeiro tem de possuir a capacidade de compreender a pessoa com todas as suas complexidades, em todas as suas dimensões, sabendo ouvir e intervir de forma compreensiva e humanizada (Machado *et al*, 2005).

Neste sentido a consulta ao insuficiente renal crónico permite, não só prevenir sintomas, como preparar o doente para a evolução da doença e coadjuvar a pessoa na opção terapêutica que mais lhe interessa, quando chegar a altura de decidir.

Para Otero *et al* (2008), o enfermeiro dedicado a esta consulta deve:

- Deter formação e experiência em nefrologia;
- Dispor de espaço e de agenda próprios;
- Disponibilizar uma linha telefónica para se manter em contacto;

- Fomentar uma relação privilegiada com o nefrologista;
- Possuir as habilidades necessárias para realizar uma entrevista clínica, nomeadamente empatia, proximidade afetiva, respeito e assertividade.

A consulta de nefrologia pré-diálise tem como objetivos:

- Promover o autocuidado e a autonomia do doente;
- Conservar a função renal o maior tempo possível, atrasando a progressão da doença dentro do possível;
- Otimizar a qualidade de vida no período pré-diálise;
- Diminuir as co morbilidades;
- Apoiar o doente na decisão da TSFR;
- Coordenar a planificação do acesso para diálise, se se verificar;
- Programar o início da TSFR evitando complicações e a necessidade de acessos temporários;
- Diminuir os custos em saúde (Otero *et al*, 2008).

Desde o início do processo o doente deve ser informado da estrutura e objetivos da consulta. O impacto da doença no organismo, as noções básicas da dieta a seguir, a necessidade de adoção de estilos de vida saudável e a sua influência na DRC, os sinais de agudização da doença e estratégias a seguir, são alguns dos temas que devem ser abordados na consulta.

Na pesquisa bibliográfica realizada, não foi encontrada referência de estudos desenvolvidos em Portugal, que avaliem a eficácia da consulta de enfermagem pré-diálise. No entanto alguns estudos provenientes de outros países demonstram os benefícios da educação para a saúde nesta fase da vida da pessoa. Estes estudos referem-se a uma intervenção efetuada por uma equipa multidisciplinar, e não apenas por enfermeiros.

De acordo com Léon (2014) os estudos concluem que:

- Após um programa de educação para a saúde, os IRC apresentam um maior nível de conhecimentos sobre a doença, e com isso diminui o medo e a ansiedade;
- A maioria dos doentes que proveem de uma consulta pré-diálise iniciam tratamento de uma forma programada, dispondo de um acesso vascular ou peritoneal permanente;
- A mortalidade, a morbilidade e os custos são maiores nos doentes que iniciam tratamento de forma urgente;
- A intervenção psicoeducativa pré-diálise atrasa o início de TSFR;
- A informação sobre as TSFR está associada ao aumento da escolha de tratamento por DP;
- Em relação à sobrevida as conclusões não são unânimes;

- Os doentes que participaram em programas educativos têm uma taxa de internamento mais baixa, tanto antes como depois do início de uma TSFR;
- Os níveis de hemoglobina são mais altos nos doentes seguidos numa consulta pré-diálise;
- A função renal residual é mais alta nos doentes incluídos num programa de educação para a saúde, sendo esta diferença verificada na altura em que iniciam TSFR;
- O seguimento numa consulta pré-diálise é um indicador da melhoria da qualidade de vida nos primeiros seis meses depois do início da diálise.

Os programas educativos pré-diálise fomentam o conhecimento dos doentes sobre a DRC, e diminuem o medo, ajudando-os a decidir sobre a TSFR futura, contribuindo para um maior bem-estar emocional (Gricio *et al*, 2009).

A consulta pré-diálise oferece ao doente a oportunidade de fazer uma escolha informada da TSFR preferida, mas tem ainda outras vantagens. Estes doentes têm maior probabilidade de iniciar tratamento de forma controlada, evitando a indução de diálise emergente. Os doentes que frequentaram um programa de ensino têm maior probabilidade de optarem por DP como TSFR (Ribitsch *et al*, 2013).

### 1.3 – QUALIDADE EM SAÚDE

Na atualidade, as organizações de saúde encaram novos problemas, ao nível da qualidade de cuidados de saúde, e da necessidade de controlo de custos, obrigando a uma adaptação, por forma a providenciarem a resposta mais adequada às crescentes necessidades das populações. Esta realidade reflete-se na de gestão dos cuidados de saúde. O utente dos serviços de hoje, é necessariamente diferente do de há cinquenta anos. É mais crítico, mais seletivo e exigente, mais consciente dos seus direitos e do valor do seu dinheiro, desta forma, as organizações de saúde, têm de ser competitivas e qualificadas, procurando responder às necessidades e expectativas dos utentes. Os serviços de saúde investem em melhores cuidados, baseados em estratégias de gestão da qualidade, entre o atendimento aos utentes, a relação entre a oferta e a procura e o equilíbrio entre a qualidade dos serviços e os gastos (Escoval *et al*, 2010).

A garantia da qualidade na prestação de cuidados de saúde, tem proporcionado o surgimento de programas melhoria contínua da qualidade, com o envolvimento dos diferentes



profissionais, em todos os níveis do sistema de saúde, fazendo face às novas realidades (Dias, 2014).

A qualidade, implica uma serie de pressupostos complexos, uma vez que pressupõe que a produção e o consumo sejam coincidentes (Machado, 2013: 25). Pode ser enunciada como uma “filosofia de lutas pela consciência que deve existir a todos os níveis e ser assumida como conceito lato. Claro está, que a qualidade existe sempre em relação a algo mensurável e, neste caso, implica sempre a existência de padrões” (Mendes, 2009: 168).

Apesar da subjetividade associada à qualidade de cuidados, podemos assumi-la como o equilíbrio e entre os ganhos e as perdas esperadas durante todo o processo de cuidados mantendo o bem-estar do utente, equilibrando as normas técnicas do prestador com o espectável pelo utente.

A qualidade é um atributo que assenta em pilares de eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Dias, 2014).

No sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos enfermeiros publicou em 2001, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem constituindo um referencial de estruturação e orientação para o exercício profissional, focados na:

- Satisfação do cliente;
- Promoção da saúde;
- Prevenção de complicações;
- Bem-estar e o autocuidado;
- Readaptação funcional;
- Organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

A consulta de enfermagem ao doente IRC em pré-diálise enquadra-se nestas premissas, uma vez que mais conhecimentos sobre a sua doença promove a satisfação do doente, promove a prevenção de complicações, sobretudo da DM, e encaminha o doente no sentido do autocuidado e da responsabilização.

Assume-se que a excelência do cuidado, não é accidental. “Exige compromisso e dedicação dos profissionais (Enfermeiros) associados ao esforço e ao compromisso das organizações prestadoras de cuidados de saúde” (Dias, 2014: 40).

No sentido da melhoria contínua da qualidade torna-se necessário refletir sobre os conceitos, as atitudes e as metodologias de trabalho, implicando o desenvolvimento de uma consciência profissional de todos os intervenientes (Machado, 2013).



A inovação está associada à qualidade, uma vez que se introduzem novos modos de fazer e agir (Machado, 2013).

As competências que promovem mais qualidade, desenvolvem-se “em contextos sociais nos quais as pessoas interagem formal e informalmente, trocam conhecimentos e experiências, assimilam novos valores e desenvolvem novas habilidades” (Machado, 2013: 38).

A melhoria contínua da qualidade de cuidados requer avaliações sistemáticas dos cuidados prestados ao utente dos serviços de saúde, visando a identificação de fatores que interferem no processo de trabalho dos enfermeiros (Caldana *et al*, 2013).

A melhoria contínua da qualidade, só terá resultados positivos se envolver os gestores, os profissionais de saúde e os utentes dos serviços de saúde.

“Melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas. A melhoria da qualidade no Sistema de Saúde é, assim, um imperativo moral, porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados” (Direção Geral de Saúde, 2015: 16).

Um processo de melhoria contínua da qualidade destinado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desenvolver (Ministério da Saúde [MS], 2015).

A introdução de medidas de “segurança positiva favorece o aprimoramento de práticas seguras, através das melhorias na comunicação, no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos” (Reis; Martins & Laguardia, 2013: 2034).

Os processos de melhoria contínua dos cuidados implicam que o foco de interesse se situe ao nível da eficiência dos serviços, da melhoria das interações, do aumento da motivação dos profissionais, da satisfação dos utentes, mas também ao nível dos custos (Fraga, 2017).

Podemos então concluir que os ganhos em saúde abrangem a melhor qualidade de saúde das populações e a “necessidade de sustentabilidade do Sistema de Saúde e, em particular, do Serviço Nacional de Saúde, porque contribui para melhoria da efetividade e da eficiência da prestação de cuidados de saúde” (Fraga, 2017: 27).

Podemos encarar a conceção de ganhos em saúde como uma ideia positiva. O conceito de ganhos em saúde pode traduzir-se de diferentes modos: ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos (acrescentar anos à vida); redução de episódios de doença ou encurtamento da sua

duração (acrescentar saúde à vida); diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devido a doenças, traumatismos ou às suas sequelas e aumento da funcionalidade física e psicossocial (acrescentar vida aos anos); redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (Ministério da Saúde, 1998, citado por Pereira, 2008).

A incapacidade e as doenças crónicas não se encontram quantificadas em termos de ganhos em saúde. Estes ganhos podem ser espelhados num conjunto de políticas dirigidas ao envolvimento social, que se traduzem, na maior consciencialização pública do direito à integração e participação destas pessoas na vida social, assim como do direito ao acesso à máxima autonomia possível (Pereira, 2008).

## 2 - DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

### 2.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO

O estágio foi realizado no Serviço de Nefrologia do HESE, em contexto normal de trabalho.

De acordo com a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2017), o Serviço de Nefrologia dá apoio a todos os centros de hemodiálise do Alto e Baixo Alentejo e encontra-se dividido em três áreas diferentes, cada uma com atividades distintas:

- **Hemodiálise:** Tratamentos a doentes crónicos, agudos e com serologias positivas para HIV, HCV e HBS; Realização de sessões de plasmaferese e hemoperfusão;
- **Diálise peritoneal:** Consultas de diálise peritoneal (médicas e de enfermagem); Implantação de cateteres peritoneais; Ensino e treino de atividades de vida a doentes com DRC em programa de diálise peritoneal.
- **Hospital de dia:** Consultas externas de nefrologia; Realização de pensos de acessos vasculares; Administração de terapêutica endovenosa; Implantação e desobstrução química de cateteres centrais aos doentes em programa de hemodiálise no serviço, e nos centros de diálise privados dos quais é referência.

O serviço funciona de segunda a sábado, das 8.00h às 24.00h. Nos períodos em que se encontra encerrado, a urgência é assegurada por um enfermeiro e um médico em regime de prevenção. O método de trabalho utilizado é o de Enfermeiro responsável, sendo a apreciação e plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro responsável pelo doente. Diariamente é praticado o método individual, sendo os enfermeiros distribuídos pelos vários postos de trabalho. O enfermeiro a quem é atribuído o posto de trabalho da diálise peritoneal dá apoio à consulta externa.

No ano de 2017 foram realizadas, no serviço de nefrologia do HESE, 3296 consultas a 1518 doentes diferentes, realizadas pelos nove médicos nefrologistas do serviço. Os doentes da consulta externa de nefrologia são provenientes do Alentejo Central, do Baixo Alentejo e alguns do Litoral alentejano, resultando numa abrangência de 21.206 Km<sup>2</sup> para uma população de 394.293 habitantes, aproximadamente.

O projeto eleito para este estágio foi a implementação da Consulta de Enfermagem ao Doente IRC em Pré-diálise. A temática tinha já sido abordada anteriormente com a Enfermeira chefe e com alguns elementos da equipa médica, e a oportunidade foi aproveitada.

O elevado número de utentes que recorrem à consulta externa de nefrologia conduz a equipa médica a uma gestão do tempo muito condicionada, o que se traduz por vezes nalguma lacuna de informação e esclarecimento adequado às necessidades do utente, surgindo desta forma uma necessidade de complementar informações e apoio ao utente.

Tendo em conta a abrangência geográfica do Alentejo, a CETSFR tem de ser realizada numa manhã. Neste contexto o utente tem consulta com quatro profissionais (enfermeiro, médico, nutricionista e assistente social) no espaço de aproximadamente 2 h, em que todos lhe fornecem diversas informações, todas elas com implicações para a sua vida futura. Se considerarmos as características da população em termos de idade e literacia, facilmente podemos concluir que esta estrutura resulta num «massacre» informativo que, na opinião dos profissionais do serviço, médicos e enfermeiros, dificulta a decisão da pessoa. Se a informação for progressiva e «sem pressas», seguramente que o resultado será mais satisfatório. Em Portugal apenas 5,9% dos doentes IRC em diálise tem como tratamento de substituição renal a DP, um valor abaixo de outros países da Europa, de acordo com os dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN] no seu relatório referente a 2017. A consulta de enfermagem em pré-diálise pode contribuir para a alteração desta realidade.

Para efetuar o diagnóstico da situação, recorri à observação direta dos utentes e acompanhantes, na consulta de esclarecimento, e das opiniões manifestadas pela equipa médica, sobre a necessidade de acompanhamento da equipa de enfermagem ao doente na fase pré-diálise. Pela abrangência da área geográfica e pelo número de doentes inscritos na consulta no serviço de nefrologia apercebi-me da dificuldade que os utentes têm na aquisição de informações e esclarecimentos pertinentes em tempo útil.

O diagnóstico da situação pretende descrever um problema, sobre o qual se pretende atuar. Pode estar relacionado com aspetos clínicos, sociais, humanos ou teóricos, e corresponder a comportamentos, observações, conceitos ou teorias (Fortin, 1999).

Assim, as consultas foram realizadas às 6<sup>as</sup> feiras no período compreendido entre 10 de novembro de 2017 e 30 de março de 2018, a doentes da lista de consulta de dois médicos nefrologistas.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2018), as causas da DRC nos doentes que iniciaram TSFR em 2017 são:

- Diabetes – 32,2%;

- Hipertensão arterial – 15%;
- Glomerulopatias crónicas – 10,8%;
- As restantes causas não têm peso estatístico ou são indeterminadas.

No serviço de nefrologia do HESE, em 2017, iniciaram TSFR 64 doentes, sendo 31 do distrito de Évora, o que corresponde a 197/1000000 de habitantes, abaixo da média nacional (203/1000000 de habitantes) (Relatório de atividades do serviço, 2018).

Os doentes foram encaminhados pelo médico para a consulta de enfermagem no sentido de:

- Contribuir para melhorar os valores de glicémia nos doentes diabéticos;
- Contribuir para melhorar os valores da tensão arterial nos doentes hipertensos;
- Esclarecer de forma progressiva as alternativas de TSFR;
- Instruir normas de alimentação, hidratação, exercício, hábitos tabágicos e excesso de peso, adaptadas ao estadió da doença renal;
- Estimular a adesão terapêutica;
- Protelar o início de TSFR.

Todos os projetos de intervenção pressupõem uma mudança. Como em qualquer situação de mudança, há uma normal resistência das pessoas, principalmente quando se trata de profissionais de saúde. Qualquer projeto tem aspetos que beneficiam a sua execução e outros que a dificultam (Tavares, 1990). No caso deste projeto há a salientar que a receptividade foi excelente, tanto da parte da equipa médica como da parte dos doentes.

Quanto à determinação de prioridades, o critério selecionado foi o de evolução, uma vez que pretendemos atrasar o avanço de uma patologia. “Consiste na possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou se resolver espontaneamente” (Imperatori & Geraldès, 1993: 66). No que diz respeito à CETSFR podemos dizer que se enquadra no critério da conformidade legal.

## 2.2 – METODOLOGIA

A metodologia de projeto pode definir-se como “um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Ferrito, 2010: 3). Para Ordem dos Enfermeiros esta metodologia produz resultados que se refletem na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, e permite refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

Por permitir transformar resultados em saúde, foi a metodologia usada para a implementação da Consulta de Enfermagem ao doente IRC em Pré-diálise.

No que diz respeito ao tipo de estudo, trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal.

Quanto à natureza pode classificar-se como observacional, porque o investigador atua como observador de fenómenos ou factos, a amostra não foi designada por processo aleatório, os indivíduos já pertenciam aos respetivos grupos (Fontelles, Simões, Farias & Fontelles, 2009).

Em relação à abordagem é de carácter descritivo, já que o objetivo é observar, registar e descrever determinado fenómeno (Fontelles *et al*, 2009).

No que diz respeito ao desenvolvimento no tempo pode ser considerado transversal, uma vez que se realiza num curto período de tempo (Fontelles *et al*, 2009).

## 2.3 - ASPETOS ÉTICOS

A preocupação ética esteve presente na implementação deste projeto. Foi considerada a definição desenvolvida por Fortin (1999:114), que atribui à ética um “conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”. O mesmo autor considera a disciplina da ética, a “ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...) a avaliação crítica e a reconstituição dos conjuntos de preceitos e de leis que regem os julgamentos, as acções e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade” (Fortin, 1999: 114).

No sentido de cumprir os preceitos éticos foi solicitado parecer às comissões de ética do HESE e do IPP (Anexos I e II).

## 2.4 - ESTRATÉGIAS

De acordo com Tavares (1990: 145), “a seleção de estratégias tem como finalidade propor novas formas de atuação, utilizando técnicas específicas, de forma a atingir os objetivos”. Desta forma as estratégias utilizadas foram:

- Apresentação à direção do serviço e à equipa multidisciplinar;
- Sensibilização da direção do serviço para a necessidade de um gabinete para a realização da consulta;

- Sensibilização dos médicos nefrologistas do serviço para o encaminhamento dos doentes para a consulta de enfermagem;

O espaço físico utilizado para realizar a consulta foi o gabinete de consulta de enfermagem de diálise peritoneal, ou a sala de reuniões, quando o mesmo se encontrava ocupado.

- A formação e divulgação;

Foi realizada uma ação de formação em serviço com o objetivo de apresentar o projeto à equipa (Anexos III e IV).

No sentido de manter a consulta de enfermagem ao doente IRC em pré-diálise as estratégias a adotar no futuro são:

- Elaboração da norma para a consulta de enfermagem ao doente IRC em pré-diálise;
- Sensibilização da direção do serviço para a necessidade de um enfermeiro para a realização da consulta;
- Solicitação ao departamento de gestão de doentes a criação da consulta de enfermagem pré-diálise;
- Solicitação ao departamento de informática a criação da consulta na aplicação *Alert@*;
- Implementação progressiva da consulta de enfermagem ao doente IRC em pré-diálise;
- Envolvimento gradual da equipa na execução das atividades;
- A autodisponibilização.

## 2.5 - RECURSOS

No período de implementação do projeto o recurso humano utilizado foi um enfermeiro uma vez por semana. No futuro, para manter a consulta, será necessário um enfermeiro por dia.

No que diz respeito aos recursos materiais é necessário um espaço físico, equipamento de avaliação de sinais vitais e glicémia capilar, e um computador. São ainda indispensáveis, para fazer ensinios, folhetos informativos sobre diabetes, DRC e alimentação.

Para a continuação da consulta de enfermagem ao IRC em pré-diálise, de acordo com a Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, para um serviço de nefrologia, seriam necessários mais quatro enfermeiros na equipa de enfermagem (OE, 2014).

## 2.6 – OBJETIVOS E ATIVIDADES REALIZADAS

O objetivo geral definido para o projeto foi:

- Implementar a consulta de enfermagem aos doentes IRC em pré-diálise da consulta externa do Serviço de Nefrologia do HESE.

Tavares (1990: 113) refere que os “objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (...) pela implementação dos projectos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos.”

Os objetivos devem conter mensagens sobre comportamentos da população a que se destinam. Devem ser precisos, delimitados, praticáveis e fornecer informações úteis, e “normas e critérios às actividades posteriores, quer do planeamento quer da própria gestão dos projectos, devendo também explicar aos participantes dos projectos os tipos de comportamentos apropriados e pertinentes” (Tavares, 1990: 115).

Ainda para o mesmo autor, as atividades “devem ser definidas em função dos objectivos operacionais estabelecidos”. (Tavares, 1990: 169).

Neste ponto vão ser descritas as atividades realizadas, no sentido de dar resposta aos objetivos específicos propostos.

1. Elaborar o projeto de consulta de enfermagem aos doentes IRC em pré-diálise da consulta externa do Serviço de Nefrologia do HESE – as atividades referentes a este objetivo dizem respeito à sua conceção, nomeadamente a construção da estrutura e fundamentação, e os preparativos para a sua operacionalização.

2. Realizar consultas de enfermagem a alguns utentes do serviço - de forma a dar prossecução a este objetivo, foram realizadas, sobretudo, atividades de ensino e de suporte ao doente IRC em pré-diálise. Desta forma, foram transmitidos conhecimentos sobre:

- A forma correta de avaliar e registar a tensão arterial e a glicémia capilar;
- A adesão e administração de terapêutica;
- A importância da perda de peso e da cessação tabágica, se aplicável;
- O regime alimentar, adaptado à sua patologia e aos resultados das análises;
- As fases da DRC, e o reconhecimento de sintomas associados;
- O estilo de vida adaptado à DRC, nomeadamente alimentação, hidratação e exercício físico;



- As alternativas de TSFR, de forma progressiva, de modo que a pessoa tenha oportunidade de consolidar as informações;
- Os cuidados a ter no sentido de preservar o seu património vascular;
- Os cuidados a ter com o acesso vascular periférico ou peritoneal, se o doente for já detentor de um;
- A prevenção de complicações, sobretudo no que respeita à DM.

No sentido de dar suporte à informação transmitida foram entregues folhetos com informação sobre a Diabetes e listas de alimentos ricos em sódio, potássio, fósforo e proteínas (Anexo V, Apêndices I e II).

Foram fornecidos suportes em papel para registo da tensão arterial e glicémia capilar, e cartões com o contacto do serviço e com informações aos profissionais de saúde no sentido da preservação do património vascular (Apêndices III, IV, V e VI).

3. Avaliar o projeto – as atividades referentes a este objetivo vão ser descritas no ponto 2.9.

4. Alargar a consulta de enfermagem a todos os utentes – as atividades pertencentes a este objetivo são sobreponíveis ao objetivo 2.

## 2.7 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

A programação planeada foi atrasada aproximadamente dois meses, por motivos que se prendem com a estratégia da ESSP, e com o pedido de adiamento de um mestrando.

Quadro 1: Cronograma de atividades

DATA OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2017							2018							2019
	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Dezembro	
Elaborar o projeto de consulta de enfermagem aos doentes IRC em pré-diálise da consulta externa do Serviço de Nefrologia do HESE;															
Realizar consultas de enfermagem a alguns utentes do serviço;															
Avaliar o projeto;															
Alargar a consulta de enfermagem a todos os utentes.															

## 2.8 – ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES

Durante a fase de implementação do projeto foram realizadas 61 consultas de enfermagem ao doente IRC em pré-diálise, pertencentes à lista de consulta de dois médicos nefrologistas, sempre à 6ª feira. Destas, sete foram consultas de seguimento, o que perfaz um total de 54 doentes.

A média de idade situa-se nos 78 anos, tendo os doentes entre 48 e 90 anos, 21 são do género feminino e 33 do género masculino.

Os doentes incluídos neste projeto são oriundos do Alentejo Central, Baixo Alentejo e Litoral Alentejano, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 2: Distribuição geográfica, por concelho, dos doentes que recorreram à consulta de enfermagem,

ALENTEJO CENTRAL		BAIXO ALENTEJO		LITORAL ALENTEJANO	
Alandroal		Aljustrel	4	Alcácer do Sal	2
Arraiolos	1	Almodôvar	3	Grândola	2
Borba	2	Alvito		Odemira	2
Estremoz	3	Barrancos	1	Santiago do Cacém	2
Évora	9	Beja	2	Sines	1
Montemor-o-Novo	1	Castro Verde	1		
Mora	2	Cuba			
Mourão		Ferreira do Alentejo	2		
Portel	1	Mértola	1		
Redondo	1	Moura	4		
Reguengos de Monsaraz	1	Ourique	2		
Vendas Novas	2	Serpa	1		
Viana do Alentejo		Vidigueira			
Vila Viçosa	1				
TOTAL	24		21		9

Os doentes foram em primeiro lugar observados pelo médico e posteriormente enviados para a consulta de enfermagem. De referir que as duas consultas se realizaram no mesmo dia,

não havendo necessidade de o doente se deslocar ao serviço mais de uma vez. As intervenções realizadas na consulta de enfermagem foram:

- Ensino relacionado com a HTA a 30 doentes;
- Ensino sobre a DM a 28 doentes;
- Esclarecimento das TSFR a 21 doentes;
- Ensino sobre o acesso vascular periférico a cinco doentes;
- Ensino sobre estilos de vida relacionados com a DRC a 45 doentes.

Aos doentes diabéticos e hipertensos foram fornecidos cartões para poderem fazer registos de tensão arterial e glicémia. Da totalidade destes doentes apenas nove, se fizeram acompanhar dos seus registos.

Um número considerável de doentes (21) está institucionalizado ou recebe a alimentação de uma instituição. De referir que apenas nove doentes não se fizeram acompanhar de um familiar ou cuidador.

Como mencionado anteriormente sete doentes voltaram à consulta de enfermagem, que coincidiu com consultas médicas. Foram agendadas apenas duas 2<sup>as</sup> consultas, a que os doentes faltaram. Foram encaminhados para a consulta de enfermagem da diabetes do HESE seis doentes. Na segunda avaliação, após a intervenção de enfermagem apenas dois doentes apresentaram diminuição dos valores de tensão arterial.

O baixo número de marcações exclusivamente para a consulta de enfermagem deve-se às distâncias que os doentes têm de percorrer para chegarem ao serviço, e ainda por não haver a certeza de a consulta ir continuar. Desta forma evitou-se criar falsas expectativas.

Neste período um destes doentes iniciou TSFR, tendo optado por hemodiálise. Dos doentes que já optaram por uma TSFR, seis escolheram hemodiálise e três diálise peritoneal, destes dois têm já construído um acesso vascular periférico e um tem um cateter peritoneal subcutâneo.

De referir que da totalidade de doentes, 23 diabéticos e 12 hipertensos, apresentam a sua patologia controlada e são seguidos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em consulta de enfermagem. Em sentido contrário, cinco diabéticos e seis hipertensos não apresentam a sua patologia controlada, sendo também seguidos na consulta de enfermagem dos CSP, no entanto referem ter conhecimentos sobre assunto.

## 2.9 – AVALIAÇÃO DO PROJETO

O controlo de projetos deverá ser contínuo e sistemático, permitindo alterações e ajustamentos sempre que sejam necessários. De acordo com Brand (1998: 149), é indispensável que quem desenvolve um projeto “consiga dominar em qualquer altura a evolução dos acontecimentos e que esteja apto a tomar acções correctivas necessárias para moldar essa evolução aos objectivos que deseja alcançar”.

“A avaliação deve ser precisa e pertinente” (Tavares, 1990: 205), tendo como meta a determinação do grau de sucesso do projeto.

Finda esta etapa apraz-me dizer, com agrado, que a receptividade ao projeto foi excelente. Os dois médicos que colaboraram tinham já mostrado interesse em existir no serviço uma consulta de enfermagem que desse apoio à consulta médica. Desta forma metade do caminho estava percorrido. Quando lhe foi mostrada a finalidade do projeto ficaram ainda mais convencidos. No que diz respeito aos doentes mostraram-se agradados por receberem informações sobre a sua patologia no sentido de melhorar a sua qualidade de vida e de poderem protelar o início de uma TSFR.

O elevado número de doentes diabéticos e hipertensos vai de encontro aos dados nacionais. Ressalvo o importante papel dos Cuidados de Saúde Primários no controlo da hipertensão e sobretudo da diabetes. Em relação aos doentes não controlados, parece não haver relação com a falta de informação.

Dado o elevado número de doentes institucionalizados, podemos concluir que é difícil alterar hábitos alimentares quando os doentes residem em lares ou quando a sua alimentação é fornecida pelos centros de dia, seja porque não apreciam, seja porque não é individualizada.

Avaliando os indicadores propostos no projeto refiro que não foram avaliadas tensões arteriais e glicémias capilares, em virtude de o espaço físico nem sempre reunir condições para tal.

Os resultados das intervenções de enfermagem na consulta, em relação aos valores das glicémias, das tensões arteriais e dos valores das análises, só poderão ser avaliados a longo prazo.

Acredito que a manutenção da consulta pode conduzir a ganhos em saúde e ao aumento da qualidade de vida destes doentes, no entanto a avaliação do projeto não me permite ter dados que o comprovem. Os artigos consultados referentes à vizinha Espanha espelham esta realidade. No intuito de reforçar esta ideia, a Enfermeira chefe do serviço emitiu um parecer sobre o projeto que espelha a sua opinião neste sentido (Anexo VI).

Na consulta pré-diálise a qualidade de vida do doente depende, em grande medida do conhecimento que dispõe sobre a doença e da sua capacidade de adaptação. Nessa situação, o enfermeiro desempenha um papel crucial, pois é o profissional de saúde responsável por treinar o doente a lidar com a sua doença, estimulando autocuidado. O papel da educação para a saúde é primordial na mudança de hábitos e na promoção de determinantes de saúde que modifiquem os estilos de vida, e conduzam a uma vida mais saudável (López, 2016).

“Assim, ressalta-se a importância da implementação de estratégias que possam contribuir para que a pessoa com IRC se torne cada vez mais participativa e atuante no seu tratamento (...) a fim de estimular o cuidado em si como uma possibilidade para melhor adesão à terapêutica” (Roso *et al*, 2013: 583).

O regime terapêutico na fase pré-diálise provoca medos, relacionados com as TSFR, por desconhecimento. Outro sentimento presente nos doentes manifesta-se por frustração, pelas limitações relacionadas com as restrições nutricionais. As intervenções devem ser instituídas no sentido do empoderamento do doente para construir o seu suporte individual. O enfermeiro é o profissional adequado para fornecer este suporte, baseado na vivência da pessoa, procurando a qualidade de vida na fase pré-diálise (Roso *et al*, 2013).

Os familiares, conviventes, cuidadores formais e informais, são peças fundamentais no processo de cuidar na pré-diálise, não só porque a progressão da doença provoca alguma dependência, mas também por serem mais um suporte para o doente, incentivando-o a adotar estilos de vida saudáveis.

Um estudo norte-americano concluiu que os doentes que foram seguidos num programa pré-diálise escolheram a dialise peritoneal, como TSFR, em maior número, do que os doentes que não tiveram esta intervenção. Esclarece ainda que o programa de educação pré-diálise possibilita aos doentes a oportunidade de fazer uma escolha informada da TSFR eleita, e a probabilidade de iniciar diálise de forma programada, diminuindo as complicações associadas ao início urgente de tratamento (Ribitsch *et al*, 2011).

Por último gostaria de referir-me aos custos que as TSFR representam.

Em Portugal o Despacho n.º 4325/2008 de 18.01, publicado no Diário da República, 2ª Série, n.º 35, de 19 de fevereiro de 2008, vem introduzir o modelo de pagamento por preço compreensivo, o qual estipula a remuneração das entidades prestadoras por um preço por doente e por semana, que abrange o conjunto das prestações de saúde (e respetivos encargos) diretamente relacionados com as sessões de diálise e acompanhamento médico dos doentes. Assim, para além das sessões de diálise são, ainda, englobados, os exames, análises e medicamentos necessários ao tratamento da DRC, bem como as intercorrências passíveis de ser

corrigidas nas unidades de diálise (Gabinete do Secretário de Estado da Saúde [GSES], 2008).

Os valores foram sendo atualizados, e hoje situam-se em:

“Sem acessos vasculares: 437,16€ por doente/semana (...);

Com acessos vasculares: 455,99€ por doente/semana (...);

Preço por sessão de diálise: 111,35€” (GSES, 2017: 8190-3).

O custo global dos tratamentos de hemodiálise em 2015 ultrapassou os 266 milhões de euros, no nosso país (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2016).

O tratamento do IRC por DP, de acordo com Azevedo (2016), acarreta menores custos, uma vez que o transporte ao hospital se faz muito menos vezes.

Desta forma facilmente podemos perceber os custos que as TSFR acarretam para o Estado.

Tendo em conta a natureza do projeto implementado neste estágio, parece-me poder concluir que, se conseguirmos aumentar o tempo em que o doente com DRC demora a chegar a TSFR, então estaremos a diminuir os custos em saúde.

Se a este aspeto juntarmos a melhor qualidade de vida do IRC antes de iniciar TSFR, podemos concluir que certamente obteremos ganhos em saúde com uma consulta de enfermagem ao doente IRC em pré-diálise.

### **2.9.1 – Sugestões e perspetivas futuras**

No final do projeto, sugiro algumas alterações, na seleção dos doentes com acesso à consulta de enfermagem, no sentido de clarificar a sua execução:

- Ensinos de estilos de vida e esclarecimento progressivo das TSFR a todos os doentes renais crónicos em estadio 4 e 5;
- Ensinos sobre DM e HTA a todos os doentes com a sua patologia não controlada;
- Ensinos sobre estilos de vida adaptados à DRC.

Proponho a manutenção da consulta, e alargar a sua execução a todos os dias da semana e a todos os elementos da equipa de enfermagem.

Penso que a utilidade da consulta de enfermagem ao doente IRC em pré-diálise é real, sobretudo na vertente de ensino, construindo uma parceria com o doente, no sentido do equilíbrio da sua patologia e da melhoria da qualidade de vida. Nesta altura parece difícil que isso possa acontecer, visto que não existe espaço físico para a sua realização, e ser necessário dotar a equipa de enfermagem de mais quatro enfermeiros.

### **3 - ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Publicado em 30 de janeiro do ano transato, o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão define as linhas mestras da atividade do enfermeiro gestor. Acredito que, com a realização deste curso de mestrado, possa ter desenvolvido algumas das competências descritas neste regulamento. Desta forma, é minha intenção, analisar, à luz da prática, as competências que mais se enquadram no meu desempenho, tanto no que respeita ao enfermeiro gestor, como ao enfermeiro especialista. A decisão de frequentar este mestrado, prende-se com a minha experiência diária no serviço e com a necessidade de aprofundar conhecimentos na área da gestão, uma vez que sou quem substitui a enfermeira chefe há cerca de 10 anos. Algumas competências do enfermeiro gestor e do enfermeiro especialista também dizem respeito às minhas funções como enfermeira responsável pela formação em serviço e dinamizadora dos padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros.

#### **Responsabilidade profissional, ética e legal:**

Cuidar é servir, ajudar, ser responsável pelo que acontece com essa pessoa e é próprio da natureza humana.

A enfermagem tem naturalmente uma perspetiva humanista na relação com o outro, no sentido da busca do bem-estar, como expresso na alínea c) do art.º 100º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, “Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (OE, 2015: 78).

Em relação a este aspeto, gostaria de ressaltar a natureza do projeto implementado durante o estágio, que valoriza a parceria com o doente, no sentido de o envolver nas decisões sobre a sua saúde e capacitar para a corresponsabilização nas decisões partilhadas.

#### **Qualidade e segurança**

Tanto o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista como o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, contemplam o aspeto da qualidade, nomeadamente no reconhecimento:

- Da participação em projetos na área da qualidade;



- Da criação de ambientes terapêuticos seguros;
- Do planeamento de programas de melhoria contínua (OE, 2011);
- Da orientação da prática dos cuidados para os resultados (OE, 2018).

Para Donabedian (2003) referido por Machado (2013: 25) a qualidade em saúde é a

“obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, benefícios estes, que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes, (...) definir a qualidade implica a consideração de diferentes atributos intrinsecamente associados aos contextos.”

A mesma autora determina três dimensões para a qualidade em saúde:

- A dimensão técnica em referência à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde;
- A dimensão interpessoal, no sentido da relação que se estabelece entre quem presta o serviço e o utente;
- A dimensão ambiental, que se refere às condições de conforto e bem-estar que podem ser proporcionadas ao utente.

A qualidade em saúde pode ser considerada como uma filosofia de trabalho que o enfermeiro integra na prática dos cuidados, no sentido da sua autossatisfação.

A garantia do acesso a cuidados de saúde visa assegurar que a prática de cuidados é intencional e dirigida no sentido do envolvimento e satisfação do utente (Morais, 2017).

A alteração dos padrões de saúde, como as alterações demográficas ou o aumento das doenças crónicas, conduz necessariamente à adoção de “uma visão estratégica que garanta a integralidade dos cuidados e a distribuição adequada dos recursos” (Morais, 2017: 1).

No sentido de obter cuidados de enfermagem de mérito, perseguindo um ideal de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a Ordem dos Enfermeiros definiu padrões de qualidade, e através dos seus enunciados descritivos, emana orientações para a implementação de projetos de melhoria contínua. O projeto da consulta de enfermagem ao doente IRC em pré-diálise dá resposta a várias categorias dos enunciados descritivos, tais como: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, ou o bem-estar e o autocuidado.

Para Moraes (2017: 5) os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem:

“Contribuem para o incremento da cadeia de valor em saúde em que a prática de Enfermagem se insere, para a compreensão do percurso clínico dos cidadãos e, para o estabelecimento de políticas de qualidade a nível institucional.”

Os padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros fomentam a conceção de projetos de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem nas organizações, levando à cooperação entre diferentes grupos profissionais.

“Contribuem para a gestão da inovação e promoção do pensamento estratégico - aprender a gerir a inovação como base para o desenvolvimento da organização, focalizando a atenção num portfólio de projetos e atividades geradoras de valor, além de reduzir desperdícios e aumentar a satisfação dos trabalhadores, trará maior estabilidade e efetividade à organização e produzirá soluções inovadoras através de atividades colaborativas que estimulam a criatividade.” (Morais 2017: 5).

### **Gestão dos cuidados**

A forma de atingir a qualidade total e as suas premissas é a detenção por parte do enfermeiro de capacidades em gestão de cuidados. A ordem dos enfermeiros aponta esta competência aos enfermeiros especialista (OE, 2011).

O enfermeiro especialista é um profissional que detém competências que são “demostradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” (OE, 2010: 3).

Na construção do conhecimento e das melhores formas de cuidar é proporcionada a interação entre os atores, em articulação com toda a rede de cuidados onde a prática do enfermeiro gestor é envolvida em diversas ações de gestão cuidando, de cuidar gerindo e formando, de formar cuidando e gerindo (Treviso, Peres, Silva & Santos, 2017).

A competência do enfermeiro gestor consiste em saber articular e integrar ações, favorecendo, qualificando e contextualizando a prestação de cuidados, de forma previsível ou planeada, enquanto a competência profissional deve emergir de toda e qualquer situação, seja ela previsível ou não. Além disso, o profissional enfermeiro que gere tem o papel de planear, coordenar, direcionar e avaliar o processo de cuidados da equipa (Treviso *et al*, 2017).

Para Samper (2010) a gestão de cuidados de enfermagem pode explicar-se como a aplicação de conhecimentos profissionais no planeamento, organização, motivação e controlo da prestação de cuidados oportunos, seguros e integrais que assegurem a continuidade de cuidados, e que são suportados por diretrizes estratégicas, para obter como produto final a saúde.

A gestão de cuidados de enfermagem pressupõe atividades de planeamento, organização e controlo, não esquecendo os resultados das suas intervenções em termos comportamentais, tanto dos profissionais, como dos utentes dos serviços.

Habitualmente a gestão de cuidados está associada aos gestores intermédios, os enfermeiros chefes ou nomeados em funções de gestão.

“Os gestores operacionais em enfermagem ocupam uma posição de gestão numa das áreas mais cruciais destas organizações, as unidades prestadoras de cuidados. Constituindo-se como a linha da frente dos serviços de saúde é nas unidades prestadoras de cuidados que se operacionalizam a maioria das decisões sobre os processos de saúde/doença dos clientes, que estas têm mais impacto e onde devem ser tomadas com maior rapidez” (Potra, 2015: 39).

As práticas profissionais de qualidade são dependentes das capacidades dos enfermeiros gestores para desenvolverem estruturas, formas de organização e ambientes de cuidados que os catalisem (Potra, 2015).

O papel da gestão intermédia é revestido de grande complexidade, “as chefias operacionais de enfermagem são próximos das pessoas que dirigem tanto pela sua origem profissional e social como pela realidade física do quotidiano” (Potra, 2015: 39).

O desempenho dos enfermeiros gestores tem impacto na forma de estar dos enfermeiros que dirigem, nomeadamente “nas suas reações ao trabalho, à profissão, à organização, nas suas práticas profissionais e na sua produtividade” (Potra, 2015: 43).

### **Mudança, desenvolvimento profissional e organizacional**

A Ordem dos enfermeiros define esta competência no sentido da promoção do desenvolvimento da profissão e da organização.

Nas minhas funções de apoio à gestão acredito, de alguma forma, proporcionar a mudança e o desenvolvimento da equipa de enfermagem, já que reconheço o desenvolvimento profissional “como um processo contínuo de aquisição de competências para um desempenho excelente, e um elemento facilitador e estimulador da eficácia organizacional” (OE, 2018: 3483). De referir ainda que participo no processo de avaliação do desempenho como segundo avaliador, e participo na definição das necessidades formativas do serviço.

### **Planeamento, organização, direção e controlo**

Definida pela Ordem dos enfermeiros como a operacionalização das “funções de planeamento, organização, direção e controlo, interdependentes e sequenciais do processo de gestão” (OE, 2018: 3484), engloba na sua unidade de competência D2, atividades da gestão nas quais colaboro, tais como: a utilização de métodos de aprovisionamento e gestão de stocks, a

elaboração de planos de integração dos diferentes profissionais, a elaboração de procedimentos orientadores da utilização de dispositivos médicos, entre outras (OE, 2018).

**Prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde**

Longe vai o tempo em que a enfermagem se baseava no saber fazer. A evolução da praxis determina que as ações se baseiem na melhor evidência disponível, tendo gerado uma rápida evolução na forma de exercer enfermagem.

Para a OE (2018: 3486) o enfermeiro gestor “Apoia a tomada de decisão, suportado em princípios científicos, articulando a teoria com a prática.”

O avanço da tecnologia e o aumento de conhecimentos alterou as características demográficas levando a um aumento exponencial dos gastos em saúde. Há agora que refletir sobre as intervenções e os ganhos em saúde. Considerando as características do projeto implementado neste estágio, atrevo-me a dizer que a consulta de enfermagem ao doente IRC em pré-diálise pode resultar em ganhos em saúde, se com ela conseguirmos atrasar o início de um TSFR, tanto no que se refere aos custos, como aos ganhos em qualidade de vida e capacitação do doente.

## 6 - CONCLUSÃO

A realidade que se vive hoje em Portugal, ou seja, a diminuição da mortalidade e da natalidade, traduz-se obviamente no envelhecimento da população. Se o aumento da esperança média de vida dos portugueses ao longo dos anos representa uma melhoria nos cuidados de saúde, as alterações dos padrões socioculturais vigentes e o aumento da prevalência das doenças crónicas, acarreta uma desadequação da oferta e carências ao nível dos cuidados de saúde. Desta forma, surgem novas necessidades de saúde e sociais que procuram respostas adequadas às diferentes pessoas, à situação de dependência funcional, ao tipo de doença e sua evolução, às doenças em estado avançado e doentes em fase final do ciclo vital (Dias, 2014). Tais respostas para além de ajustadas às necessidades devem promover a autonomia e participação dos destinatários.

A consulta de enfermagem é um excelente instrumento de prestação de cuidados de saúde à população com DRC, pois contribui para a melhoria dos mesmos. Pode proporcionar à equipa de saúde uma visão holística da pessoa, procurando identificar e resolver o mais rápido possível eventuais complicações. Além disso, pode oferecer ao doente as informações necessárias para que possa de forma esclarecida decidir qual a TSFR que mais se adequa a si.

Este projeto não cumpre apenas critérios académicos, mas pretende ser uma realidade no serviço, à semelhança de outros países, onde esta consulta já é uma realidade. Sendo um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem almeja atingir o mais alto nível de qualidade, no sentido da obtenção de ganhos em saúde.

No final deste relatório importa realçar, que o mesmo, pelas suas características, continuará a ser um processo inacabado e, portanto, sujeito a alterações.

Este relatório foi elaborado de acordo com o guia orientador de normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos vigente na ESSP.

## BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do sistema de Saúde [ACSS] (2016). Relatório de acompanhamento de Atividade – Hemodiálise 2015.
- Bastos, M.; Bregman, R. & Kirsztajn, G. (2010). Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. In *Revista da Associação Médica Brasileira* 56(2): 248-53. Acedido a 12 de fevereiro de 2017 em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>.
- Bastos, M. et al (2004). Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. In *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. Acedido a 12 de fevereiro de 2017 em [file:///C:/Users/01062016/Downloads/26-04-04%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/01062016/Downloads/26-04-04%20(2).pdf).
- Bilo, Henk et al. (2015). Clinical Practice Guideline on management of patients with diabetes and chronic kidney disease stage 3b or higher (eGFR <45 mL/min). In *Nephrology Dialysis Transplantation*. Acedido a 17 de Julho de 2017 em <http://www.european-renal-best-practice.org/sites/default/files/Diabetes%20-%20Portuguese%20120416%20FINAL.pdf>.
- Bolander, V. B. (1998) - *Saúde, doença e cuidados de saúde - conceitos em mudança*, In: Sorensen e Luckmann *Enfermagem Fundamental* / Verolyn Barnes Bolander, Lusodidacta, Lisboa.
- Bortolotto, L. A. (2008). Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. In *Rev Bras Hipertens* vol.15(3):152-155, 2008. Acedido a 10 de julho de 2017 em <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-3/09-hipertensao.pdf>.
- Brand, Jaime Pereña. (1998). *Direcção e gestão de projectos*, Lisboa, 2ª. Edição, Lidel Edições Técnicas, Lisboa.
- Caldana, G.; Gabriel, C. S.; Rocha, F., L., R.; Bernardes, A.; Françolin, L.; Costa, D., B. (2013). Avaliação de Cuidados de Enfermagem em Hospital Privado. In *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Acedido a 21 de maio de 2018 em <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/v15n4a08.htm>.

- Cordeiro, A. L. M. (2009). *Responsabilidade Profissional: Recursos Humanos e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina (Mestrado em Bioética), Lisboa.
- Dantas, C. N.; Santos, V. & Tourinho, F. (2016). A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. In *Scielo*. Acedido a 2 de maio de 2018 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2800014.pdf>.
- Daugirdes, J. T; Blake, P. G.; Ing, T. (2006) - *Handbook of Dialysis*. EDTNA/ERCA. Nephrology Nurse Profile. Educational Board.
- Dias, L. J., (2014). Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: um Modelo Construtivo no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. In *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*. Acedido a 12 de abril de 2018 em <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/73>.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2011). Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 017/2011. Lisboa: DGS.
- Escoval, A.; Coelho, A.; Diniz, J. A.; Rodrigues, M.; Moreira, F.; Espiga, P. (2010). Gestão Integrada da Doença: Uma Abordagem Experimental da Gestão em Saúde. In *Repositório Universidade Nova*. Acedido a 21 de maio de 2018 em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4490/1/T-10%20ESCOVAL%20p-105.pdf>.
- Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de etapas. In *Percursos*. Acedido a 18 de abril de 2018 em [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf).
- Fontelles, M. J.; Simões, M. G.; Farias, S. H. & Fontelles, R. G. S. (2009). Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. In *Universidade Federal de Goiás*. Acedido a 16 de maio de 2018 em [https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo\\_C8\\_NONAME.pdf](https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf).
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fraga, R. (2017). Qualidade em Saúde “Os Indicadores de Qualidade no Serviço de Urgência Geral do CHLO”. In *Repositório científico da atlântica*. Acedido a 21 de Maio de 2018 em <https://repositorio->

- cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1128/1/Trabalho%20Est%C3%A1gio%20Rosaria%20Fraga%20-%203%C2%BA%20Ano%20Gest%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde.pdf
- Lopéz, G. (2016). *Programa de Intervención Nutricional en ERCA*. Dissertação de mestrado, Universitat de Lleida. Lleida.
- Gabinete do Secretário de Estado da Saúde [GSES] (2008). Despacho n.º 4325/2008 de 19 de fevereiro. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 19 de fevereiro de 2008, 6498 – 6503.
- Gabinete do Secretário de Estado da Saúde [GSES] (2017). Despacho n.º 3668-B/2017 de 28 de abril. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 83 — 28 de abril de 2017, 8190-(3).
- Gricio, T. C.; Kusumota, L. & Cândido, M. L. (2009). Percepções e conhecimentos de pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento conservador. In *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Acedido a 20 de abril de 2018 em <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a14.pdf>.
- Imperatori, E. & Geraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Key, S. M. (julho-agosto de 2008). Optimizing Dialysis Modality Choices Around The World: A Review of Literature Concerning The Role of Enhanced Early Pre-ESDR Education in Choice of Renal Replacement Therapy Modality. *Nephrology Nursing Journal*, 35, 4, pp. 387-394.
- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (2002). KDOQI Clinical Practice Guidelines for Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. In *National Kidney Foundation*. Acedido a 12 de julho de 2017 em [http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines\\_ckd/p7\\_risk\\_g13.htm](http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/p7_risk_g13.htm).
- León, Francisco. (2014). Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada. ¿Existe evidencia de su utilidad?. In *Enferm Nefrol. 2014: Abril-Junio; 17* (2): 120/131. Acedido a 10 de julho de 2017 em [http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n2/06\\_revision.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v17n2/06_revision.pdf), a 10/07/2017.
- Levey, A. S.; Coresh, J.; Balk, E.; Kausz, A.T.; Levin, A.; Steffes, M.W.; Hogg R.J.; Perrone, R.D.; Lau, J. & Eknoyan, G. (2003). National Kidney Foundation practice guidelines



- for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Acedido a 11 de abril de 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12859163>.
- Llach, F. & Valderrábano, F. (1997). *Insuficiência renal crónica: Diálisis y transplante renal* (2ª Edição). Madrid: Ediciones Norma.
- Machado, M. M. T.; Leitão, G. C. M. & Holanda, F. U. X. (2005). O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. In *Scielo*. Acedido a 28 de abril de 2018 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a17.pdf>.
- Machado, N. J. B. (2013). *Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Um Modelo de Melhoria Contínua Baseado na Reflexão-ação*. Dissertação de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Porto.
- Mão-de Ferro, A. (1999). *Na rota da pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.
- Menche, N.; Schaffler, A. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*, Lusociência, Loures.
- Mendes, G. (2009). A Dimensão Ética do Agir e as Questões da qualidade Colocadas Face aos Cuidado de enfermagem. In *Scielo*. Acedido a 21 de maio de 2018 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>.
- Ministérios das Finanças e da Saúde [MFS] (2011). Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de Dezembro. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 242 — 20 de Dezembro de 2011, 5348-(2) - 5348-(4).
- Ministérios da Saúde [MS] (2015). Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015, 3882-(2) - 3882-(10).
- Morais, C. (2017). Qualidade em Saúde – A Boa Governance dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. In *Linkedin*. Acedido a 10 de maio de 2018 em <https://pt.linkedin.com/pulse/qualidade-em-sa%C3%BAdade-bola-governance-do-programa-padr%C3%B5es-carlos-morais>.
- Oliveira, S. K. P.; Queiroz, A. P. O.; Matos, D. P. M.; Moura, A. F. & Lima, F. E. T. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*, Brasília. jan-fev; 65(1): 155-61. Acedido a 12 de outubro de 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/23.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 76/2018: Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão Diário da República, 2.ª série — N.º 21 — 30 de janeiro de 2018, 3478 – 3487.

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015, 8059 – 8105.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2014). Regulamento n.º 533/2014 de 2 de Dezembro: Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 233 — 2 de dezembro de 2014, 30247 – 30254.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, 8648 – 8653.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2009). Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro: Código Deontológico dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015, 8059 – 8115.
- Ordem dos enfermeiros. (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.
- Organização mundial de saúde[OMS] (2002). Community participation in local health and sustainable development. In *OMS*. Acedido a 7 de setembro de 2016 em: <http://www.who.it/document/e78652.pdf>.
- Organização mundial de saúde (1995). *Declaração sobre a promoção dos direitos dos doentes na europa - consulta europeia sobre os direitos dos doentes*. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Lisboa.
- Otero, E. B.; A. Monros, A. M. & Paz, M. L. V. (2008). Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). In *Revista nefrologia*. Acedido a 5 de outubro de 2016 em [file:///C:/Users/01062016/Downloads/X0211699508032297\\_S300\\_es%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/01062016/Downloads/X0211699508032297_S300_es%20(3).pdf).
- Paiva e Silva, Abel. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. In: *Servir*. Lisboa. Vol. 55, n.º 1 e 2, p. 11-19.
- Pereira, C. S. M. (2008). *Contributo para a Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade para a Identificação de Ganhos em Saúde nas Doenças Crónicas*.

- Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa
- Potra, T. M. F. S. (2015). *Gestão de Cuidados de Enfermagem: Das Práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Dissertação de doutoramento em enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Reis, C. T.; Martins, M.; Laguardia, J. (2013). A Segurança do Paciente como Dimensão da Qualidade do Cuidado de Saúde – Um Olhar Sobre a Literatura. In *Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*. Acedido a 21 de maio de 2018 em <http://www.redalyc.org/pdf/630/63027990018.pdf>.
- Ribitsch, W.; Haditsch, B.; Otto, R.; Schilcher, G.; Quehenberger, F.; Roob, J. M. & Rosenkranz, A. R. (2013). Effects of a Pre-dialysis Patient Education Program on the Relative Frequencies of Dialysis Modalities. In *US National Library of Medicine*. Acedido a 14 de maio de 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3707713/>.
- Roso, C.; Beuter, M.; Jacobi, C. S.; Silva, C. T.; Perrando, M. S. & Bruinsma, J. L. (2013). Progressão da insuficiência renal crónica: percepções de pessoas em pré-diálise. In *REFSM – Revista de enfermagem da USFM*. Acedido a 3 de maio de 2018 em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11020>.
- Samper, R. M. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. In *Revista Cubana de Enfermería*. Acedido a 18 de abril de 2018 em [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001).
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. Lisboa: SNS.
- Serviço de Nefrologia do Hospital do Espírito Santo. (2017). Relatório Anual.
- Silva, L. D.; Beck, C. L. C.; Dissen, C. M.; Tavares, J. P.; Budó, M. L. D & Silva, H. S. (2012). O Enfermeiro e a Educação em Saúde: Um Estudo Bibliográfico. In *REFSM – Revista de enfermagem da USFM*. Acedido a 12 de maio de 2018 em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2676>.
- Silva, J. (2014). *Consulta de Enfermagem de Acolhimento ao Doente em Unidade satélite de Hemodiálise*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Nefrológica), Lisboa.

- Silva, S. R. P. (2014). *Análise de Custos da Opção Domiciliária e Hospitalar para as Terapias de Substituição da Função Renal: O Caso do Hospital de Santo António*. Dissertação de mestrado. Universidade do Minho. Braga.
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN]. (2018). *Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2017*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Nefrologia.
- Sohel, B. M.; Rumana, N.; Ohsawa, M; Turin, T. C.; Kelly, M. A. & Al Mamun, M. (2016). Renal function trajectory overtime and adverse clinical outcomes. *In Clim. Exp. Nephrol. Janeiro*. Acedido a 16 de setembro de 2016 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26728745>.
- Tavares, António (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*, Edição Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Lisboa.
- Thomas, Nicole. (2002). *Enfermagem em Nefrologia.*, Loures: Lusociência.
- Treviso, P.; Peres, S. C.; Silva, A. D. & Santos, A. A. (2017). Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *In Revista de Administração em Saúde*. Acedido a 12 de abril de 2018 em <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59/77>.
- Vilaplana, J. M. G.; Piñol, E. S.; Ponsa, J. C. & Moncasi, P. I. (2007). Evaluación de la intervención enseñanza: grupo en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada. *In Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2007; 10 (4): 280/285*. Acedido a 10 de julho de 2017 em <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v10n4/original3.pdf>, a 10/07/2017.

## **APÊNDICES**

## Apêndice I – **Alimentação na DRC**

## ALIMENTOS

RICOS EM FÓSFORO	RICOS EM POTÁSSIO	RICOS EM SÓDIO (SAL)	PROTEÍNAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lacticínios;</li> <li>• Ovos;</li> <li>• Bolachas;</li> <li>• Carne;</li> <li>• Peixe;</li> <li>• Vísceras;</li> <li>• Conservas;</li> <li>• Alimentos integrais;</li> <li>• Frutos secos;</li> <li>• Leguminosas;</li> <li>• Café;</li> <li>• Chocolate.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Batata frita;</li> <li>• Chocolate;</li> <li>• Café instantâneo;</li> <li>• Ervilhas;</li> <li>• Favas;</li> <li>• Feijão;</li> <li>• Grão;</li> <li>• Leite em pó;</li> <li>• Puré de batata instantâneo;</li> <li>• Bacalhau salgado;</li> <li>• Coco seco e ralado;</li> <li>• Frutos secos;</li> <li>• Salsa;</li> <li>• Salpicão;</li> <li>• Presunto;</li> <li>• Ketchup;</li> <li>• Cereais;</li> <li>• Cogumelos;</li> <li>• Frutas;</li> <li>• Legumes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azeitonas;</li> <li>• Bacalhau salgado;</li> <li>• Caldos em cubos;</li> <li>• Enchidos;</li> <li>• Ketchup;</li> <li>• Mostarda;</li> <li>• Presunto;</li> <li>• Queijo;</li> <li>• Concentrado de tomate;</li> <li>• Toucinho fumado;</li> <li>• Conservas;</li> <li>• Salmão;</li> <li>• Afiambrados.</li> </ul>	<p>• 0,6 a 0,8 gr /Kg de peso / dia.</p> <p><b>ÁLCOOL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 200ml de cerveja por dia;</li> <li>* 150 ml de vinho por dia.</li> </ul>

**Diminuir a quantidade de potássio dos alimentos:**

- \* Descascar e cortar as batatas, mergulhá-las em água abundante durante varias horas antes de as cozinhar. Não usar esta água para as cozinhar;
- \* Ferver os legumes e desperdiçar a água antes de os cozinhar;
- \* As frutas enlatadas (sem o liquido), e frutas e legumes congelados são mais pobre em potássio.



## Apêndice II – Alimentação na DM

AMIDOS	1 Porção de HC	
Batata	1 (tam. Ovo)	80g
Batata-doce		50g
Purê de batata	2c. sopa	
Arroz solto cozido	2c. sopa	50g
Massa cozida	2c. sopa	50g
Milho cozido	2c. sopa	50g
Lentilha cozida	3c. sopa	75g
Grão/feijão cozido	3c. sopa	100g
Favas/ervilhas cozidas	6c. sopa	200g
Pão de mistura (trigo, centeio)	Metade fatia	25g
Pão branco	Metade carcaça	25g
Pão integral	Metade pão	30g
Pão de milho		40g
Bolacha de água e sal	2 bolachas	
Bolacha Maria	3 bolachas	
Bolacha integral (menos de 13% de matéria gorda e de 5% de açúcares)	3 bolachas	
Tostas	2 tostas	
Flocos de aveia (sem passas)	2c. sopa	20g
Flocos de trigo integral (All Bran, corn Flakes)	3c. sopa	20g
Flocos Special K	3c. sopa	15g
Farinha Maizena	1c. sopa	15g
Farinha de trigo	1c. sopa	15g
<u>Pão ralado</u>	2c. sopa	15g
<u>Barrita de cereias Special K / Fitness</u>	2/3 barrita	
Castanhas	3	35g

FRUTAS	1 Porção de HC	
Ameixas frescas	2	170g
Ananás fresco (arranjado)	1 rodela	120g
Banana	1 pequena	100g
Cerejas	10 pares	110g
Dióspiro	1 pequeno	100g
Kiwi	1	160g
Maça	1 média	125g
Manga (arranjada)	1 terça parte	120g
Melo	metade	480g
Melancia / melão	1 fatia	400g
Morangos	10 pequenos	200g
Nêspersas	8	170g
Papaia		150g
Pera	1	120g
Romã (arranjada)		100g
Tangerina	1 grande ou 2 pequenas	150g
Figos secos	10	95g
Figos frescos	2	115g
Pêssego	1	160g
Salada de fruta natural		130g
Amêndoas		165g
Avelãs		130g
Nozes		125g

LEITE / IOGURTES	1 Porção de HC	
Leite	1 copo (galão)	200 a 250ml
Iogurte líquido magro sem açúcar	1	175g
Iogurte magro sem açúcar	1 (1/2 porção)	125g
Leite de soja sem açúcar	1 (1/2 porção)	250ml

SOPAS	
Legumes / feijão / grão	2 conchas
Caldo verde	2 conchas
Canja	1 concha e meia

CALÓRICOS Não permitidos	NÃO CALÓRICOS Permitidos
* Frutose; * Sorbitol; * Maltitol; * Manitol; * Xilitol.	* Sacarina; * Ciclamato; * Aspartame; * Acesulfame de potássio; * Sucralose.

1 porção de hidratos de carbono = 12 a 15 g de hidratos de carbono

- \* O número total de HC por dia varia conforme as necessidades energéticas de cada pessoa;
- \* A quantidade de HC ingeridos deve ser aproximadamente a mesma todos os dias;
- \* Os HC ingeridos devem ser distribuídos equitativamente ao longo do dia.

Não contabilizar:

- \* Carne, peixe, ovos, queijo, fiambre, azeite, óleo, manteiga;
- \* Hortaliça e legumes.

Álcool:

- \* 200ml de cerveja por dia;
- \* 150 ml de vinho por dia.

### Apêndice III – **Cartão de registo de tensão arterial**

DIA	Tensão Arterial

Hospital  
Espírito Santo E.P.E.

**SERVIÇO DE NEFROLOGIA**

**REGISTO DE  
TENSÃO ARTERIAL**

Nome: \_\_\_\_\_

DIA	Tensão Arterial

DIA	Tensão Arterial

#### Apêndice IV – **Cartão de registo de glicémias capilares**

DIA	BM

Hospital  
Espírito Santo E.P.E.

SERVIÇO DE NEFROLOGIA

REGISTO DE GLICÉMIA

Nome: \_\_\_\_\_

DIA	BM

DIA	BM

## Apêndice V – **Cartão de contactos do serviço**



**SERVIÇO DE NEFROLOGIA**

Telef: 266 740 110

Fax: 266 740 122

Email: [dgrazina@hevora.min-saude.pt](mailto:dgrazina@hevora.min-saude.pt)



## Apêndice VI – **Cartão do Insuficiente Renal Crónico**



Sou insuficiente renal crónico e o meu tratamento poderá depender de um bom património vascular.

Por favor leia as seguintes informações:

- Recorrer a um acesso venoso apenas quando for mesmo necessário;
- Preferir as veias do dorso das mãos para colocar cateter venoso periférico;
- Usar cateteres periféricos de baixo calibre;
- Fazer hemóstase de forma especialmente cuidada, evitando hematomas.

## **ANEXOS**

**Anexo I – Parecer do conselho de administração e da comissão de ética do HESE**



A Comissão de Ética

Do HESE-EPE

Aprovado  
13/10/2017  
José Clara  
Enfermeiro Director  
SC. 1.2. 2.14

Na sequência do pedido de esclarecimento sobre os dados que irei tratar no trabalho de mestrado, a que se refere o meu pedido anterior, venho comunicar que apenas vão constar no relatório, idade, género e conselho de origem, no sentido de caracterizar a população o número de consultas realizadas, valores de glicémia e tensão arterial, a presença de acesso vascular ou peritoneal e as informações fornecidas aos doentes. No que diz respeito à publicação, a haver, será de acordo com os mesmos dados.

Informo ainda que pedi o parecer ao Instituto Politécnico de Portalegre, do qual aguardo resposta.

Sem outro assunto,

Aprovado  
A Comissão de Ética  
14/10/17  
Ricardo Albuquerque

Deolinda Leal Graça

(Deolinda Leal Graça)

23 de Outubro de 2017

## **Anexo II - Parecer da comissão de ética do IPP**



Instituto  
Politécnico  
Portalegre

PARECER

COMISSÃO DE ÉTICA

### Comissão de Ética do Instituto Politécnico

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que através dos seus membros, Isabel Cristina dos Santos Duarte da Conceição Mourato e Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira, deliberou emitir Parecer Positivo à realização do Projeto "Consulta de Enfermagem ao Doente Insuficiente Renal crónico em Pré- Diálise ", sob a responsabilidade das Investigadoras Deolinda Esperança Leal Graziña, Graça Gama Pereira Antunes de Carvalho e Pedro Carrapato.

Pe'l Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira

13-11-2017

IPP/COM-ET/2 Rev.2





### **Anexo III – Diapositivos da ação de formação em serviço**

# CONSULTA DE ENFERMAGEM AO DOENTE IRC EM PRÉ-DIÁLISE

Deolinda Grazina  
28 Novembro 2017

## SUMÁRIO

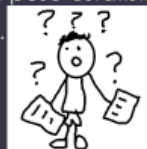
- 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO
  - 1.1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA
    - 1.1.1 – Insuficiência renal crónica e técnicas de substituição da função renal
    - 1.1.2 – Consulta de enfermagem
  - 1.2 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA
  - 1.3 – POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES
- 2 – OBJETIVOS
  - 2.1 – OBJETIVO GERAL
    - 2.1.1 – Objetivos específicos
- 3 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS
- 3.1 – RECURSOS
- 4 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL
- 4.1 – PROGRAMAÇÃO
- 4.2 – ESTRUTURA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO DOENTE IRC EM PRÉ-DIÁLISE
- 5 – PREVISÃO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO
- ...

## SUMÁRIO

- ✓ JUSTIFICAÇÃO DO TEMA
- ✓ OBJETIVOS
- ✓ RECURSOS
- ✓ PREPARAÇÃO OPERACIONAL
- ✓ PROGRAMAÇÃO
- ✓ ESTRUTURA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO DOENTE IRC EM PRÉ-DIÁLISE

## JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

- Elevado número de utentes que recorrem à consulta externa de nefrologia;
- Controlo alimentação, importância do exercício, adesão à terapêutica...
- De acordo com a SPN, as causas da DRC nos doentes que iniciaram TSFR em 2016 são:
  - Diabetes – 31,8%;
  - Hipertensão arterial – 14,8%;
  - Glomerulopatias crónicas – 11,7%;
  - Doença poliquística renal autossómica dominante – 5,5%;
  - As restantes causas não têm peso estatístico ou são indeterminadas.
- CETSFR – massacre informativo.



## POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES

### POTENCIALIDADES:

- Motivação para o projeto;
- Apoio da Enfª Chefe;
- Apoio de alguns médicos do serviço.

### FRAGILIDADES:

- Necessidade de apoio oficial;
- Necessidade de um enfermeiro para a consulta;
- Necessidade de um gabinete de consulta;
- Natural resistência à mudança.

## OBJETIVOS

### GERAL:

- Implementar a consulta de enfermagem aos doentes IRC em pré-diálise da consulta externa do Serviço de Nefrologia do HESE.

### ESPECÍFICOS:

- Elaborar o projeto de consulta de enfermagem aos doentes IRC em pré-diálise da consulta externa do Serviço de Nefrologia do HESE;
- Realizar consultas de enfermagem a alguns utentes do serviço;
- Avaliar o projeto;
- Alargar a consulta de enfermagem a todos os utentes.

## RECURSOS

### Humanos:

- 1 enfermeiro da equipa, diariamente para fazer as consultas.

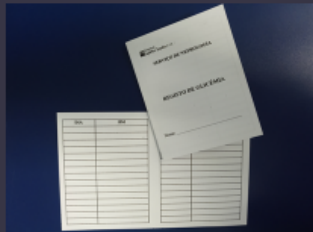
### Materiais:

- Gabinete;
- Medidor de glicémia capilar;
- Esfigmomanómetro;
- Impressos;
- Folhetos informativos;
- Computador.

## ATIVIDADES PLANEADAS



## SUPORTES



Hospital  
Espírito Santo E.P.E.

SERVIÇO DE NEFROLOGIA

Telef: 266 740 110  
Fax: 266 740 122  
Email: dgazina@hevora.min-saude.pt

Hospital  
Espírito Santo E.P.E.

Sou insuficiente renal crónico e o meu tratamento poderá depender de um bom património vascular. Por favor leia as seguintes informações:

- Recorrer a um acesso venoso apenas quando for mesmo necessário;
- Preferir as veias do dorso das mãos para colocar cateter venoso periférico;
- Usar cateteres periféricos de baixo calibre;
- Fazer hemóstase de forma especialmente cuidada, evitando hematomas.

## PROGRAMAÇÃO

DATA	2017							2018										
	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril- Dezembro							
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS																		
Elaborar o projeto de consulta de enfermagem aos doentes IRC em pré-diálise da consulta externa do Serviço de Nefrologia do HESE;																		
Realizar consultas de enfermagem a alguns utentes do serviço;																		
Avaliar o projeto;																		
Alargar a consulta de enfermagem a todos os utentes.																		

## ESTRUTURA DA CONSULTA

PLANEAMENTO	Enfermeiro	O profissional que executará a consulta será distribuído para este posto de trabalho pela enfermeira chefe. Na primeira fase do projeto, serão executadas por mim.
	Seleção dos doentes	Doentes com DM e HTA; Doentes nos estádios 3 a 5 da IRC; Os utentes deverão ser encaminhados pelo nefrologista.
	Colheita de informação necessária ao planeamento da consulta	Processo clínico; Resultados analíticos; Registos de consultas anteriores.
	Plano da consulta	A consulta deverá ser planeada de acordo com as informações obtidas anteriormente.
	Preparação do material	O material necessário deverá estar de acordo com as necessidades, nomeadamente os folhetos existentes no serviço, dependendo dos ensinamentos que se preveem necessários.

## ESTRUTURA DA CONSULTA

EXECUÇÃO	Abordagem do profissional de saúde	O enfermeiro deverá ter em conta os princípios enunciados na fundamentação deste projeto.
	Atividades	As constantes no projeto.
	Resumo da consulta	O enfermeiro deverá fazer um resumo da consulta com o utente e acompanhantes e agendar outra consulta, se necessário.
REGISTO DE DADOS		Os registos de enfermagem serão executados na plataforma Alert.

obrigada



#### Anexo IV – **Resultado global da avaliação da ação de formação**



RESULTADO GLOBAL DA AVALIAÇÃO POR GRUPO PROFISSIONAL									
SERVIÇO NEFROLOGIA									
ACTIVIDADE FORMATIVA:									
CONSULTA DE ENFERMAGEM AO DOENTE IRC EM PRÉ-DIÁLISE									
Nº de Ind. de Serviço	19	Nº de Ind. Formandos	7	Nº de Ind. Assistentes	11	Nº de Ind. Formadores	1	Nº de Formadores Interinos	0
Nº de A.O. de Serviço	8	Nº de A.O. Formandos	1	Nº de A.O. Assistentes	7	Nº de A.O. Formadores	0		
Percentagem Efectiva de Participação dos Enfermeiros: 89,4%							Carga Horária da Actividade Formativa: ____ Hora (s) 30 Minutos		
Percentagem Efectiva de Participação dos Assistentes Operacionais: 81,8%									

Legenda: 1= Nada; 2= Pouco; 3= Satisfatório; 4= Totalmente

Itens Avaliados		Distribuição das Profissões que realizaram a avaliação em Percentagem Global			
		1	2	3	4
Avaliação Global	Globalmente a acção de formação agradeu-lhes:	0	0	0	8
	Os objectivos propostos foram alcançados:	0	0	1	7
	A actividade formativa correspondeu às suas expectativas iniciais:	0	0	0	8

Legenda: 1= Nada Adequado; 2= Pouco Adequado; 3= Adequado; 4= Totalmente Adequado

Conteúdo	O nível de conhecimentos adquiridos foi:	0	0	4	4
	A pertinência do tema abordado foi:	0	0	0	8
	A profundidade do tema abordado foi:	0	0	2	6
	A utilidade do tema abordado foi:	0	0	0	8
Desempenho do (s) formador (es)	A identificação dos objectivos foi:	0	0	1	7
	O domínio das matérias ministradas foi:	0	0	2	6
	A selecção dos métodos pedagógicos para os formandos foi:	0	0	1	7
	A dinâmica entre os formandos foi proporcionada de forma:	0	0	2	6
	O esclarecimento das dúvidas apresentadas foi:	0	0	1	7
	A demonstração da aplicabilidade da temática apresentada para o contexto real de trabalho foi:	0	0	0	8
	Foram apresentadas estratégias de apoio à consolidação dos saberes adquiridos (referências bibliográficas, sites, outros)?	Sim			
Dependência da actividade formativa		Não			
	Foi distribuída documentação de apoio?	Sim			
		Não			
	A qualidade dos materiais pedagógicos utilizados foi:	0	0	4	4
Dependência da actividade formativa	A duração da actividade formativa foi:	0	0	1	7

Avaliação Global da Actividade Formativa:

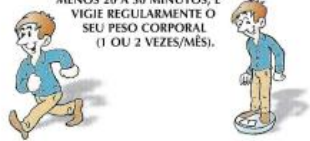
Assinatura: \_\_\_\_\_

Data 23/01/07

Legenda: A.O. – Assistentes Operacionais

## Anexo V – Folhetos dos ensinos

COMPLEMENTE UMA BOA ALIMENTAÇÃO COM UMA CAMINHADA DIÁRIA DE PELO MENOS 20 A 30 MINUTOS, E VIGIE REGULARMENTE O SEU PESO CORPORAL (1 OU 2 VEZES/MÊS).



ORIENTAÇÕES FUNDAMENTAIS PARA OS DIABÉTICOS E PARA TODAS AS PESSOAS QUE QUEREM TER UMA VIDA SAUDÁVEL!

#### TABELA DE EQUIVALÊNCIAS

Fornecedores de hidratos de carbono (H.C.) de consumo mais frequente, para fazer substituições de alimentos com composição nutricional semelhante.

50g de pão (25g H.C.), podem ser substituídos por:

4 tostas, ou  
4 bolachas de água e sal quadradas, ou  
6 bolachas de água e sal redondas, ou  
6 bolachas integrais, ou  
40 g de flocos de aveia, ou  
30 g de cereais ricos em fibras.

1 maçã de 140g (a 15g H.C.), pode substituir-se por:

130g de ameixas frescas (2), ou  
140g de cerejas (12 pares), ou  
150g de pêssego (1), ou  
200g de pêra (1), ou  
230g de laranja (1), ou  
200g de nêsperas (7), ou  
280g de morangos (18 médios), ou  
130g de kiwi (1), ou  
120g de banana (1).

3 colheres de sopa de arroz ou massa (cozidos), podem substituir-se por:

5 colheres de sopa de feijão ou grão (cozidos), ou  
8 a 10 colheres de ervilhas ou favas (cozidas), ou  
2 batatas pequenas (160g).

Nota: estes pesos referem-se ao peso bruto (antes das frutas serem descaídas ou preparados para consumo).

As quantidades de referência podem ser diferentes de pessoa para pessoa. Por exemplo, um indivíduo A precisa de 50g de pão a uma refeição, enquanto um indivíduo B pode precisar de apenas 20g a essa mesma refeição.

Textos e imagens gentilmente cedidos pela ADPP - Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal. Esta monografia deve ser dada aos doentes exclusivamente por profissionais de cuidados de saúde e é destinada a servir de apoio na "educação do diabético".

EuroFlash



Serviço de Apoio a Clientes  
800 201 203  
para o controlo da diabetes

LIFESCAN  
www.lifescan.com

NovoPen® 1.5  
A precisão em acção



site: [www.novonordisk.pt](http://www.novonordisk.pt)  
e-mail: [webmaster@novonordisk.pt](mailto:webmaster@novonordisk.pt)

Fontes de outros hidratos de carbono (devem ingerir-se juntamente com os de absorção lenta):

- leite, iogurte,
- fruta (2 peças por dia).



#### DESACONSELHA-SE O CONSUMO DE HIDRATOS DE CARBONO DE ABSORÇÃO MUITO RÁPIDA (Sacarose)

— porque provocam um aumento rápido da glicémia.

Por este motivo, desaconselha-se o consumo de:

- açúcar, mel, compotas, marmelada, bolos, pudins, refrigerantes, frutas cristalizadas e frutos secos (passas, corintos, ameixas, figos, tâmaras, etc.) e outros que contenham muito açúcar.



Em algumas situações, o consumo de açúcar é obrigatório:

1. Quando é preciso corrigir uma hipoglicémia.
2. Para prevenir uma hipoglicémia durante um esforço ou actividade física prolongada e de grande intensidade.

#### CORDURAS

— São indispensáveis a uma alimentação saudável. Mas não abuse!!!  
Tão importante como controlar a quantidade é saber como escolher as gorduras mais saudáveis.

Objectivo:

— Controlar melhor os níveis de gordura no sangue e reduzir o risco de doenças cardiovasculares.

Não coma alimentos que contenham muita gordura, tais como:

- carnes gordas, charcutaria, caldos de carne.
- salgados (especialmente folhados), bolos, fritos, natas.
- chocolates, queijos gordos, batatas fritas.

- Prefira a carne magra. Retire a pele das aves e a gordura visível das carnes antes de as cozinhar.
- Ao cozinhar, utilize só a quantidade de gordura indispensável.
- Prefira os cozidos, grelhados e estufados (não fritar nem guisar). Nos assados, evite os molhos gordos.



Ingerir as gorduras mais saudáveis:

- Prefira o azeite (para temperar e cozinhar).
- Coma peixe com frequência, de qualquer tipo mas prefira o gordo: carapau, sardinha, cavala, bezugo, peixe espada preto, salmão, sarda, enguia e atum.

#### ORIENTAÇÕES GERAIS PARA OS DIABÉTICOS

### ALIMENTE-SE BEM para controlar melhor a diabetes



Adira a um programa alimentar equilibrado e saudável, porque:

1. Contribui para a obtenção de glicémias mais próximas dos valores normais e mais estáveis (evita as hiperglicémias e as hipoglicémias).
2. Ajuda a manter o peso corporal normal.
3. Diminui os riscos de doença cardiovascular.

O que pode fazer:

#### UMA ALIMENTAÇÃO FRACIONADA

- Respeite o horário das refeições.
- Evite comer muito de cada vez, dividindo os alimentos por:
  - 3 refeições principais (pequeno-almoço, almoço e jantar).
  - 3 refeições intermédias.
- A cada dia e a cada refeição, tente ingerir a quantidade de alimentos que lhe foi recomendada, variando o tipo de alimentos. (consulte a tabela de equivalências).



Objectivo principal:

- Evitar grandes variações dos níveis de glicémia (hiperglicémias e hipoglicémias).

#### UMA ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA

- Hidratos de Carbono
  - Fornecem a maior parte da energia de que necessitamos. A sua correcta distribuição ajuda a controlar melhor as glicémias.
  - A quantidade total diária depende das necessidades energéticas de cada pessoa.

Como distribuir:

- Por todas as refeições, em pequena porções de cada vez, para evitar grandes variações dos níveis da glicémia.

Que tipo de hidratos de carbono?

- Preferencialmente os de absorção lenta (amido) porque provocam menos alterações dos níveis de glicémia.



Fontes alimentares:

- Com mais frequência, — massa, arroz, batata, feijão, grão, lentilhas, ervilhas, favas, pão escuro (mistura ou integral).

#### PROTEÍNAS

— São indispensáveis para a formação, manutenção e renovação dos nossos tecidos.

Fontes alimentares:

- em quantidades normais, devem ser provenientes de produtos de origem animal e vegetal.

Origem animal: leite (meio-gordo ou magro), iogurte, queijo (magro), ovos (não fritos)

Origem vegetal: feijão, grão, lentilhas, soja, ervilhas e favas. Em pequena quantidade nos cereais, arroz e massa.

#### BEBE PELO MENOS 1,5L DE ÁGUA POR DIA

- ou o suficiente para manter a urina clara e sem cheiro. A hidratação é básica para a sobrevivência de qualquer ser vivo. Todos os dias perdemos uma certa quantidade de água que tem de ser reposta com a água contida nos alimentos (vegetais, frutos, leite, peixe, etc.) e com a água que bebemos.



#### COMA DIARIAMENTE MUITOS LEGUMES E HORTALIÇA

- Na sopa: todos os dias e de qualquer variedade.
- No prato: cozidos, estufados ou em saladas.



Objectivos principais:

- Contribuírem para o aporte diário de fibras que, para além do bom funcionamento intestinal, ajudam a um melhor controlo das glicémias e dos níveis de colesterol.
- São ricos em água, sais minerais, vitaminas e anti-oxidantes (vitaminas, fenóis, flavonóides, etc.) que, devido às suas funções protectoras e reguladoras do bom funcionamento celular, os torna indispensáveis numa alimentação que pretenda promover a saúde.

#### REDUZA O CONSUMO DE SAL

Sugestões:

- Desaconselham-se todos os alimentos demasiado salgados, tais como:
  - batatas fritas, charcutaria, conservas, queijos e aperitivos salgados.
- Ao preparar as refeições, utilize mais ervas aromáticas, alho, cebola, salsa, tomate, pimento, sumo de limão, etc.
- Não leve o saleiro para a mesa.



#### BEBIDAS ALCOÓLICAS

— DESACONSELHAM-SE AS BEBIDAS DESTILADAS e/ou DOÇES

- Pode beber vinho (de preferência tinto) e cerveja, em quantidades moderadas (2 dl/dia) e sempre a acompanhar a refeição, desde que não haja contra-indicação médica.



www.controlaradiabetes.pt

1/2

## Hipoglicemia (descida do açúcar no sangue)

A Hipoglicemia é uma descida do nível de açúcar no sangue, para um valor inferior a 70 mg/dL. Se o valor for muito baixo pode aparecer "LO" no visor do glicómetro.

A sintomatologia da hipoglicemia varia de pessoa para pessoa e por vezes pode ser assintomática.

A sintomatologia mais frequente é:




☐ Irritabilidade



☐ Agitação



☐ Confusão



☐ Tremores




☐ Fraqueza



☐ Sonolência



☐ Fome



☐ Nervosismo



☐ Tonturas



☐ Transpiração acentuada



☐ Sensação de cabeça leve



☐ Humores variáveis



www.controlaradiabetes.pt | Tel.: 104 461 700 | Novo Quay & Outlines, Lda, Quinta da Fátima, Estrada Nacional da Gama, 19 - Póvoa do Varzim 4770-183 Povo do Varzim, 4770-183 Póvoa do Varzim, Portugal. Todos os direitos reservados.



www.controlaradiabetes.pt

2/2

## Como deve tratar uma hipoglicemia ou “baixa de açúcar”

- 1 Se o seu nível de açúcar (glicemia) está abaixo dos 70 mg/dL, se apareceu o resultado “LO” na máquina ou se sente qualquer dos sintomas referidos, tome UM dos seguintes alimentos de ação rápida:
  - dois (2) pacotes de açúcar (15 g) ou duas (2) colheres de sopa de açúcar cheias com ou sem água
  - uma (1) colher de sopa de mel\*
  - três (3) ou quatro (4) comprimidos de glicose\*
  - meia (1/2) lata de refrigerante (não dieta)
  - uma (1) porção de gel de glicose (igual a 15 g de hidratos de carbono)\*
  - se é um familiar/acompanhante:  
utilizar a injeção de Glucagon (caixa laranja) se a pessoa com diabetes estiver inconsciente, agitada, confusa ou a glicemia for muito baixa (menos de 50 mg/dL ou aparecer “LO” na máquina)\*\*
- 2 Espere 5 minutos. Volte a verificar o seu nível de açúcar no sangue (glicemia).
- 3 Se o açúcar no sangue (glicemia) continuar abaixo dos 70 mg/dL ou se não se sentir melhor, repita o passo 1 a cada 5-10 minutos, até que a sua glicemia esteja acima dos 70 mg/dL.
- 4 Contacte imediatamente o seu médico ou enfermeiro se:
  - não melhorar
  - o açúcar no sangue (glicemia) permanecer baixo (<70 mg/dL)
  - o valor for muito baixo (menos de 50 mg/dL ou aparecer “LO” na máquina)
  - houver repetição da baixa de açúcar (hipoglicemia)

Se é familiar/acompanhante:  
se a pessoa com hipoglicemia perdeu os sentidos, está confusa ou agitada e não for possível contactar o médico ou enfermeiro, ligue para a Linha de Saúde 24 (808 24 24 24) ou para o Número Nacional de Emergência (112).
- 5 Para evitar uma nova baixa de açúcar (hipoglicemia): se a sua próxima refeição é só daqui a uma hora ou mais, coma um lanche de pão com fiambre e queijo ou quatro (4) bolachas de água e sal e um (1) copo de leite ou iogurte.
- 6 Após o tratamento da hipoglicemia, e quando os valores regressarem ao normal (mais de 70 mg/dL), é importante que reflita no que terá originado este episódio: fez mais exercício que o habitual? Não comeu ou comeu menos? Comeu menos farináceos (pão, batata, arroz, feijão, massa, etc.) na sua última refeição? Enganou-se na medicação? Bebeu bastante álcool e comeu pouco?

**É muito importante que escreva esta informação e fale com o seu médico na próxima consulta**

Esta informação destina-se apenas a Adultos (maior de 18 anos). \* Deve tratar a baixa de açúcar (hipoglicemia) com estes alimentos/substâncias se estiver a tomar um tipo de comprimido para a Diabetes com o princípio ativo “acarbose”. Nestes casos o açúcar vulgar pode ser menos eficaz e mais lento a tratar a baixa de açúcar. \*\* Injeção de Glucagon: habitualmente só os diabéticos tipo 1 é que têm este medicamento; vem numa pequena caixa laranja de plástico; é necessário seguir as instruções que estão na caixa (do lado de dentro) para preparar o medicamento antes de injetar.



MSD DIABETES

www.msd.pt • www.controlaradiabetes.pt • Tel.: 214 445 700 • Novo Sharp & Dohme, Lda, Quinta da Fonte, Edifício Vasco da Gama, 19 - Porto Salvo 2770-113 Povo de Varzim.  
NIPC 530 191 340. Copyright ©2015 Novo Sharp & Dohme Company subsidiária da Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA. Todos os direitos reservados.

**PARA CONHECER OS EFEITOS DA ATIVIDADE FÍSICA E SABER COMO FAZER OS AJUSTES, AVALIE A GLICEMIA:**

- 1 Antes do exercício.
- 2 Em cada 45-60 min de exercício.
- 3 No final do exercício.

A hipoglicemia pode surgir até 12 a 14 horas após a atividade. Para evitar esta situação, não esqueça os ajustes recomendados após a atividade.

**Reduza o risco de desidratação durante a atividade:**  
Para hidratar opte pela água. Para hidratar e reforçar HC de absorção rápida, opte por sumos com açúcares de 6 a 8 g de HC por 100 ml (ver no rótulo a tabela de informação nutricional).



**apdp**  
Associação Portuguesa  
de Diabéticos

Contactos:  
Rua Rodrigo da Fonseca, 1  
1250-189 Lisboa

Tel.: 213 816 100  
e-mail: diabetes@apdp.pt  
www.apdp.pt

com o apoio de:




## ATIVIDADE FÍSICA E DIABETES TIPO 1



O EFEITO DA ATIVIDADE FÍSICA NA GLICEMIA DEPENDE DE FATORES, COMO:

- 1 INTENSIDADE E DURAÇÃO DO EXERCÍCIO.
- 2 NÍVEIS DE INSULINA EM CIRCULAÇÃO.
- 3 INGESTÃO DE HIDRATOS DE CARBONO ANTES E DURANTE A ATIVIDADE.

### ATIVIDADE FÍSICA E DIABETES TIPO 1


Para um bom controlo da glicemia durante a atividade (evitar a hipoglicemia ou a hiperglicemia), é necessário ajustar a dose de insulina ou a ingestão de hidratos de carbono (HC), ou ambas as hipóteses.

**PARA ORIENTAÇÃO GERAL:**

**1 AJUSTES NA DOSE DE INSULINA**

- Evite administrar insulina na zona do corpo que vai ser exercitada.
- Reduza 30 a 50% da dose de insulina rápida se iniciar a atividade até duas horas depois da sua administração. Se a atividade não foi planeada e não reduziu a dose de insulina, ingira HC "extra" de absorção rápida, antes e durante a atividade.
- Reduza 30 a 50% da dose de insulina rápida na refeição seguinte.
- Para atividades prolongadas (por exemplo dia na praia ou passeio), pode haver necessidade de reduzir a dose de insulina lenta, de acordo com a indicação dada na consulta.

**Nota:**  
Em alguns casos pode haver necessidade de maior redução - siga as indicações dadas na consulta.



**2 AJUSTES NA INGESTÃO DE HIDRATOS DE CARBONO "EXTRA"**

- Se iniciar a atividade duas ou mais horas após a administração de insulina rápida, deve avaliar a glicemia antes de começar:

<p><b>≤ 70 mg/dl</b> Corrigir a hipoglicemia, e não fazer exercício.</p>	<p><b>&gt; 70 a 180 mg/dl</b> Ingerir hidratos de carbono "extra", de acordo com a indicação dada na consulta.</p>
<p><b>&gt; 250 mg/dl e CORPOS CETÓNICOS NEGATIVOS</b> Pode ou não fazer dependendo das indicações dadas na consulta pela sua equipa de saúde.</p>	<p><b>&gt; 180 mg/dl</b> Pode não ser necessário ingerir hidratos de carbono "extra" antes da atividade, mas sim durante, em cada 30 ou 60 min.</p>

**Importante**

Se glicemia > 250 mg/dl:  
**MEDIR CORPOS CETÓNICOS**

Se **CORPOS CETÓNICOS POSITIVOS: NÃO PODE FAZER EXERCÍCIO FÍSICO**

**Nota:**  
A quantidade de HC "extra", depende da glicemia antes da atividade, das necessidades individuais e do nível de insulina



## INSULINOTERAPIA

### O QUE É A DIABETES?<sup>(1)</sup>

O nosso organismo produz a energia de que necessita a partir da glicose contida nos alimentos. Este processo requer a presença de **insulina, uma hormona gerada pelo nosso corpo**.

A diabetes é uma doença crónica, que se caracteriza pela **presença de níveis elevados de glicose no sangue**, resultantes de uma **deficiência na produção de insulina ou da incapacidade do corpo em a utilizar**.

### PORQUE NECESSITO DE INSULINA?<sup>(2)</sup>

As causas que conduzem à administração de insulina dependem do tipo de diabetes:

- DIABETES TIPO 1:** há uma ausência total de insulina porque o pâncreas não é capaz de a produzir.
- DIABETES TIPO 2:** o corpo não é capaz de utilizar adequadamente a insulina (resistência à insulina) e/ou existe uma progressiva redução da sua produção.

Em ambos os casos, chegará o momento em que os **níveis de insulina serão insuficientes e a sua administração será necessária** para voltar a otimizar os níveis de glicemia.

A **diabetes tipo 2**, sendo uma **doença progressiva**, pode não requerer a administração de insulina desde o início, possibilitando a adoção de outros tratamentos (dieta, atividade física, medicação oral ou injetável, etc.). No entanto, **com o tempo, é provável que se torne necessária a administração de insulina**.

### O QUE É A INSULINA BASAL?<sup>(2,3)</sup>

A insulina basal é a insulina produzida pelo corpo nos períodos de jejum. A insulina prandial é a resposta fisiológica do organismo após uma refeição.

A **insulina de ação lenta** é a que melhor mimetiza a secreção de insulina basal.

O seu médico indicará a dose inicial de insulina basal que deverá administrar conforme as suas necessidades, e de que forma pode ajustá-la.

### ONDE DEVO INJETAR A INSULINA?<sup>(4,5)</sup>

(O seu médico/enfermeiro marcará a zona de injeção)

**Os locais a escolher podem depender:**

- Do tipo de insulina
- Da quantidade de unidades a administrar
- Do número de injeções/dia
- Da atividade muscular
- Da colaboração e capacidade do doente

Para garantir a ação da insulina administrada é fundamental fazer a rotação dos locais de injeção dentro das áreas desenhadas.

### PROCEDIMENTOS:<sup>(4)</sup>

- Agarrar um pedaço de pele com os dedos e introduzir a agulha com um ângulo de 90° para adultos e 30-45° para as crianças e pessoas magras.
- Se foi feita uma prega, deverá ser desfeita antes de administrar a insulina.
- Administrar a insulina empurrando o êmbolo da seringa ou pressionando o pulsador do dispositivo uns segundos.
- Esperar 10 segundos antes de retirar a agulha.

### O QUE É UMA HIPOGLICEMIA?<sup>(6,7)</sup>

Há uma hipoglicemia quando o **nível de glicemia está abaixo de 70 mg/dl**. **Pode suceder porque:**

- Utilizou uma dose inadequada de insulina.
- Comeu menos do que deveria, atrasou a hora de comer ou saltou alguma refeição.
- Realizou maior atividade física que o habitual.
- Ingeriu mais álcool.
- Está a viver uma situação que lhe provoca stress ou ansiedade.
- Está doente.

### QUAIS OS SINTOMAS DA HIPOGLICEMIA?

- Hipoglicemia assintomática:** mesmo com valores de glicemia abaixo de 70 mg/dl, pode não notar nem apresentar nenhum sintoma.
- Hipoglicemia sintomática:** os sintomas mais comuns incluem tonturas, palidez, suores frios, formigues, tremor, nervosismo, ansiedade, palpitações, fome intensa, visão turva, dor de cabeça, visão dupla, confusão, alterações de comportamento, alteração da fala (embriaguez diabética), sonolência, convulsões, coma e perda de consciência.

### O QUE FAZER EM CASO DE HIPOGLICEMIA:

Se está consciente, deve aplicar a **regra dos 15**:

- Ingerir 15g de glicose (equivalente a 2 pacotes de açúcar ou a 1 copo de sumo ou sob a forma de tablets de glicose).
- Esperar 15 minutos e meça o valor da glicose no sangue.
- Se continua com valores baixos (menos de 70 mg/dl) ou apresenta sintomatologia, tomar novamente 15g de glicose.
- Quando o valor estiver acima de 70 mg/dl, ingira hidratos de absorção lenta para evitar que se repita a hipoglicemia: 1 ou 2 peças de fruta, ou 2-4 bolachas tipo Maria, ou 20-40g de pão, ou 2-4 fatias de pão torrado, ou 2 copos de leite, ou 1 copo de leite + 2 bolachas tipo Maria.

Se o doente tiver perdido a consciência, nunca se lhe deve dar alimentos à boca. Deve ser-lhe injetado Glucagon e chamar de imediato os serviços de saúde (chamar 112).

### O QUE FAZER PARA EVITAR AS HIPOGLICEMIAS:

- Realize controlos rotineiros dos níveis de glicose.
- Realize controlos dos níveis de glicose em qualquer situação que os possa alterar: se praticar exercício, modificar os horários das refeições, viajar, etc.
- Cumpra um horário de refeições regular.
- Se vai praticar mais exercício que o habitual, é possível que necessite de modificar a sua dose de insulina e a quantidade de alimentos ingerida.
- Não salte nenhuma refeição.
- Não beba álcool.
- Não altere o horário de administração da insulina.
- Tente evitar situações de stress.

### O QUE É UMA HIPERGLICEMIA?<sup>(8,9)</sup>

Acontece quando o nível de **glicemia está acima de 250 mg/dl**. **Pode ser devida a:**

- Descontinuação ou terapêutica com insulina inadequada.
- Aumento da ingestão de hidratos de carbono.
- Pancreatite, enfarte do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e uso de drogas.
- Infeções.
- Situações muito stressantes ou emocionais.
- Problemas psicológicos.

### QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA HIPERGLICEMIA?

- Vontade frequente de urinar.
- Sede intensa.
- Pele e mucosas secas.
- Visão turva.
- Dificuldade de concentração e irritabilidade.

Estes sintomas surgem quando a insulina presente no organismo existe em quantidade insuficiente.

### O QUE FAZER EM CASO DE HIPERGLICEMIA:

- Qualquer situação que possa deteriorar o controlo glicémico requer medições de glicemia mais frequentes.
- Se o nível de glicemia é muito elevado, é necessário um ajuste temporário no tratamento.
- Se tem dor de estômago, náuseas ou vomitou, se apresenta cetose ou alterações da consciência, dirija-se às Urgências para receber tratamento

As crises agudas de hiperglicemia, são condições graves que requerem cuidados médicos para evitar complicações. Os níveis elevados de glicemia crónicos provocam danos na visão, nos rins, nos pés, no sistema nervoso e no coração.

### CONSERVAR E TRANSPORTAR A INSULINA:<sup>(9)</sup>

- Deve ser conservada no frigorífico entre 2°C e 8°C.
- Não deve ser conservada no congelador e não deve ser descongelada.
- A insulina que está a ser utilizada não necessita de estar no frigorífico.
- Válida durante 4 semanas a temperatura não superior a 30°C.
- Não deve ser exposta ao sol.
- Os análogos de insulina lentos e as insulinas rápidas e curtas não devem ser agitados.
- Transportar dentro de bolsa própria ou num saco térmico.

### QUANDO VIAJAR, NÃO SE ESQUEÇA DE LEVAR:<sup>(10)</sup>

#### DOCUMENTAÇÃO:

- Cartão do diabético;
- Cartão Europeu de Saúde;
- Se estiver a fazer insulina, levar uma carta do médico informando que tem diabetes e que necessita transportar insulina na bagagem de mão (importante se viajar de avião).

#### A LEVAR NA BAGAGEM DE MÃO:

- Lanche (bolachas, pão);
- Glucómetro;
- 2 embalagens de Glucagon;
- Dobro da insulina necessária para o período de viagem;
- Caneta suplente de insulina e seringa para caso extrevio ou avaria das canetas.



## **Anexo VI – Parecer da enfermeira chefe sobre o projeto**

## Parecer

Atualmente tem-se vindo a verificar uma crescente preocupação com a qualidade na produção de serviços, e a área da prestação de cuidados de saúde não é exceção.

Sabemos que a qualidade em saúde está relacionada com a prática profissional quer ao nível de processos como de resultados, com a gestão organizacional e com a garantia de segurança do utente e dos cuidados, esta é pois, uma tarefa da equipa multiprofissional e a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade, acaba por ter impacto na melhoria dos cuidados prestados e espelhar a essa mesma melhoria.

Hoje está cada vez mais assumida a necessidade de implementar sistemas de qualidade, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade. (OE, PQCE, 2001). Assim em Dezembro de 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros emanou o documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) onde estão definidos, o enquadramento conceptual e os seis enunciados descritivos, constituindo-se como um referencial, segundo o qual os enfermeiros se devem envolver num processo de reflexão, tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional, com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados.

Neste contexto, o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2018). Bem recentemente, a Ordem dos Enfermeiros reforçou, a necessidade do exercício da gestão em enfermagem ao aprovar em Janeiro de 2018, o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (Regulamento n.º 76/2018, de 30 de Janeiro). Nos termos da alínea c) do artigo 2.º, do referido Regulamento, o perfil de competências do enfermeiro Gestor é definido como "o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando

e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável,

em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde". Ainda e no âmbito das Competências do domínio da Gestão, mais precisamente nos termos da alínea b) do nº 1 do Artigo 5.<sup>o</sup>, o enfermeiro Gestor "Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações".

Pelo que a procura de obter o melhor, em condições nem sempre excelentes, e satisfazer as necessidades em saúde dos cidadãos, acaba por impor uma cultura em que é importante estabelecer padrões de qualidade e atuar em conformidade. Neste sentido, os padrões de qualidade devem existir para a prática dos cuidados em saúde e também para a gestão desses cuidados e da organização das instituições. Desta forma a relação entre os cuidados de saúde prestados pelos profissionais de saúde e as necessidades e expectativas dos utentes acaba por constituir um forte indicador de qualidade na avaliação da satisfação dos utentes.

Ao nível da gestão, com os novos modelos de cuidados de saúde, centrados no utente/família e cujo objetivo é o melhorar a acessibilidade, a qualidade no atendimento, o desempenho dos profissionais, a eficiência na utilização dos recursos, o desenvolvimento profissional e da equipa de saúde e a satisfação dos clientes, a qualidade torna-se imprescindível e num dever dos profissionais de saúde. Também neste âmbito, o enunciado descritivo dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem relativo à organização dos cuidados refere que "Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem" (OE, 2001).

Tendo subjacente o contexto anteriormente referido, apraz referir que no âmbito do Estágio integrado no 3.<sup>o</sup> semestre do Curso de mestrado em enfermagem — especialização em gestão de unidades de saúde, a se Enfermeira na implementação do seu projeto Consulta de enfermagem ao doente insuficiente renal crónico em pré-diálise, desenvolveu esforços no sentido de criar as condições necessárias à satisfação das necessidades e expectativas dos utentes utilizadores da consulta externa de Nefrologia, responsabilizando-se pela garantia da qualidade dos cuidados prestados promovendo ações que visam a melhoria contínua da qualidade e criando indicadores de

gestão. Ao conceptualizar e operacionalizar este projeto de melhoria contínua da qualidade, a s? Enfermeira, desenvolveu a sua intervenção num contexto de prática integrativa e interdisciplinar, sempre com vista à obtenção de ganhos em saúde para os utilizadores da consulta e simultaneamente apontando para a obtenção de elevados padrões de qualidade, pelo que projetos desta natureza constituem sempre uma mais-valia quer para o cidadão, quer para a Organização ao nível da gestão.

Enf<sup>a</sup> Chefe

A 

(Maria Elisa Brissos)